

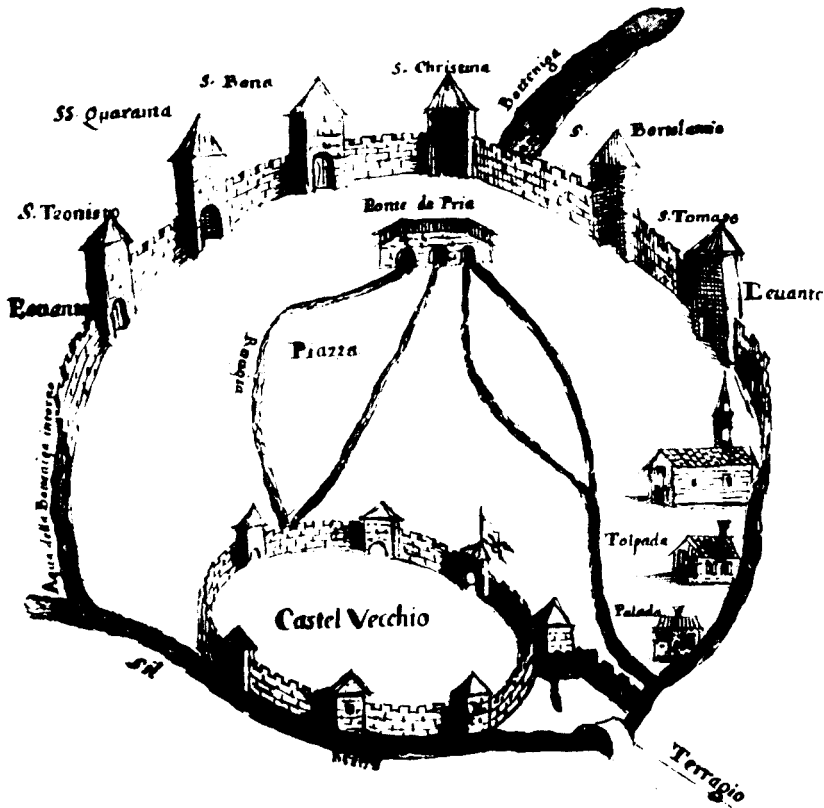


L'ORDINE

di *TREVISO*

Organo bimestrale di Informazione dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Treviso

Anno XII - n° 6 Settembre-Ottobre 2004 • Direttore: Michele Bucci - Aut. Trib. Treviso n. 934 del 24/8/1994
Tariffa Regime Libero (ex tab. D): "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% - DCB TV"



La città medioevale - da «Cronica» del Malipensa, sec. XVI

<i>ONAOSI</i>	p. 4	<i>Concorsi e Borse di Studio</i>	p. 22
<i>FNOMCeO</i>	p. 5	<i>ENPAM</i>	p. 24
<i>Bioetica</i>	p. 8	<i>Sostituzioni</i>	p. 25
<i>Commissione Patenti</i>	p. 18	<i>Codice Deontologico</i>	p. 40



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

Via Risorgimento, 11 - Treviso
Tel. 0422 543864 - 0422 545969
Fax 0422541637

ordmedtv@iol.it

www.ordinemedicitreviso.org

ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10,00 alle ore 13,00

Lunedì e Giovedì anche il pomeriggio dalle ore 14,00 alle ore 17,00

ORARIO DI APERTURA DURANTE LE FESTIVITÀ NATALIZIE

Da lunedì 27.12.2004 a mercoledì 5.1.2005 gli uffici saranno aperti dalle ore 10,00 alle ore 13,00; resteranno chiusi venerdì 7.1.2005

CONSIGLIO DIRETTIVO

Dott. **GORINI Brunello**
(Presidente)

Dott. **FREZZA Daniele**
(Vice Presidente)

Dott. **PARENTI Pietro Antonio**
(Segretario)

Dott. **CODOGNOTTO CAPUZZO Diego**
Odontoiatra (Tesoriere)

Dott. **BAZZERLA Giorgio**

Dott. **BUCCI Michele**

Dott. **FAVRETTO Giuseppe**

Dott. **GALLUCCI Maurizio**

Dott. **GIANNUZZI Sandro**

Dott. **GOBBATO Gaetano Giorgio**

Dott. **ORAZIO Saverio** (Odontoiatra)

Dott. **PANDOLFO Gian Francesco**

Dott. **PENCO Claudio**

Dott. **ROSSI Pietro Mario**

Dott. **VALERIO Salvatore**

Dott. **ZAPPIA Giuseppe**

Dott. **ZORZI Gian Alberto**

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Dott. **MALATESTA Renzo**
(Presidente)

Dott. **MARTINELLO Pio**

Dott. **RIZZATO Sante**

Dott. **SUSANNA Fulvio** - Supplente

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

Dott. **ORAZIO Saverio**
(Presidente)

Dott. **CODOGNOTTO CAPUZZO Diego**

Dott. **GUARINI Luigino**

Dott. **STELLINI Edoardo**

Dott. **UZZIELLI Angelo**

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Si ricorda che l'Assemblea Ordinaria Annule degli iscritti agli Albi si terrà il giorno di

SABATO 11 DICEMBRE 2004 alle ore 10,00

presso l'Hotel Boscolo Maggior Consiglio di Treviso con il seguente

Ordine del Giorno

- 1) Relazione del Presidente
- 2) Approvazione del Conto Consuntivo per l'anno 2003
- 3) Assestamento del Bilancio di Previsione per l'anno 2004
- 4) Approvazione del Bilancio di Previsione per l'anno 2005

N.B.: Il Servizio di Continuità Assistenziale è stato attivato per i medici della ULSS 8.

*Auguri di
Buone Feste*

*Il Presidente, il Consiglio dell'Ordine e
la Commissione Albo Odontoiatri
augurano a tutti i Colleghi ed alle loro Famiglie
i migliori auguri di Buon Natale e di un Felice 2005*

ONAOSI

Case Vacanze

La Fondazione ONAOSI offre a sanitari contribuenti obbligatori o volontari, a sanitari anziani contribuenti ed a vedove di sanitari contribuenti residence e case vacanze in varie località turistiche italiane, per il periodo invernale 2004/2005 e per quello estivo 2005. Gli interessati possono consultare le sedi e scaricare la modulistica direttamente dal sito www.onaosi.it

Comunicato stampa

Il Presidente della Fondazione Onaosi, dott. Aristide Paci, ha reso noto, con soddisfazione, che i Ministeri Vigilanti hanno definitivamente approvato le due delibere con le quali il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione ha sanato la posizione degli orfani dei sanitari deceduti nel periodo 1.1.2003-31.12.2003.

Si tratta di un atto di giustizia e di un risultato molto importante al fine di estendere il più possibile la platea dei beneficiari della Fondazione. A causa di un complicato intrecciarsi di norme transitorie, infatti, rischiavano di rimanere tagliati fuori dall'assistenza oltre un centinaio di orfani di sanitari deceduti nella fase immediatamente successiva alla Legge Finanziaria 2003.

Grazie alle delibere approvate dalla Fondazione e dai Ministeri Vigilanti sarà così possibile dare risposte positive a numerose famiglie di sanitari deceduti. Insomma, cominciano a diventare visibili i primi effetti positivi della contribuzione estesa a tutti i sanitari.

Il testo integrale delle delibere è consultabile anche presso il sito della Fondazione, www.onaosi.it

NOTIFICAZIONE OBBLIGATORIA DELLA ROSOLIA CONGENITA

Il decreto 14 ottobre 2004 recante "Notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita" (G. U. n. 259 del 4 novembre 2004) entrerà in vigore dal 1° gennaio 2005. L'articolo 1, comma 1, dispone che all'elenco delle malattie di cui alla classe terza del D.M. 15 dicembre 1990 siano aggiunte la sindrome/infezione da rosolia congenita e l'infezione da virus della rosolia in gravidanza.

Come è noto il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 prevede all'articolo 1 l'obbligo di notifica da parte del medico di tutti i casi di malattie diffuse pericolose per la salute pubblica.

Pertanto il medico che ha osservato il caso o ha posto il sospetto di sindrome/infezione da rosolia congenita e di infezione da rosolia in gravidanza deve segnalarlo entro 2 giorni all'ULSS in cui è stato avanzato il sospetto diagnostico.

La relativa notifica va effettuata utilizzando le schede epidemiologiche di cui agli allegati 2 e 3 del decreto in oggetto.

FNOMCeO - Ministero Salute

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, riunito a Roma il 16 e 17 ottobre 2004

esaminata

l'evoluzione del quadro istituzionale ed attuativo dell'ECM e constatata sia la sempre maggiore distanza tra le attese dei medici e la realtà dell'offerta formativa che il disagio che si registra in tutta la categoria

valutate

le responsabilità politiche del Ministro e quindi la necessità di uscire da una situazione in cui sembra avere maggiore valore l'acquisizione dei crediti rispetto alla qualità della formazione

riaffermati

i contenuti del documento approvato nel Consiglio Nazionale del 10 luglio 2004

decide

di dare corso alle soluzioni in esso prospettate con lo scopo di far sì che la professione si riappropri della potestà di indirizzo e controllo di un così rilevante pilastro della qualità e della deontologia quale è la formazione curriculare e permanente del medico e pertanto, nel considerare esaurito il tempo della partecipazione e della collaborazione,

- 1) conferma la immediata dimissione dei propri rappresentanti dalla Commissione Nazionale ECM;
- 2) chiede lo scioglimento della predetta Commissione ECM e la messa in mora del sistema formativo così come finora attuato;
- 3) chiede al Ministro una immediata e puntuale smentita delle gravi affermazioni contenute nella lettera del Direttore Generale D'Ari;
- 4) impegna il Comitato Centrale ad un confronto con Conferenza Stato-Regioni per valutare ed incidere sulle modalità attuative della formazione permanente, allo scopo anche di omogeneizzarne l'attuazione;
- 5) si impegna ad avviare una profonda riflessione sulla formazione allo scopo di proporre una nuova progettazione di tutto lo sviluppo formativo del medico adeguandolo alle esigenze dei pazienti e della società, anche facendo sì che gli Ordini abbiano gli strumenti per dirimere il conflitto di interessi che così pesantemente incide sulla formazione del medico e non è affatto garantito dall'attuale contesto normativo;
- 6) di convocare in tempi brevi una conferenza nazionale sulla formazione del medico anche nel quadro di un rinnovato ruolo della istituzione ordinistica.

Approvato all'unanimità.

COMUNICATO STAMPA DELL'ORDINE DEI MEDICI DI ROMA - 14 luglio "L'Ordine di Roma sfiducia il Ministro della Salute"

Il Consiglio dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che, con circa 40.000 iscritti rappresenta oltre il 10% dei medici italiani ed è il più numeroso d'Europa, nella seduta di ieri sera, 13 luglio, trattando il tema dell'educazione continua in medicina (ECM), ha valutato la portata del recente decreto del Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, pubblicato il 2 luglio scorso in Gazzetta Ufficiale, avente per oggetto "Requisiti che devono pos-

sedere le Società Scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie”.

I Consiglieri ricordano che la Carta Costituzionale, tra i diversi attori della formazione, indica prioritariamente le Università, le Accademie e gli Ordini Professionali.

È grave avere escluso, di fatto, l'Ordine professionale dalla partecipazione attiva nella definizione delle modalità di programmazione, svolgimento e verifica dei corsi di formazione e dalle procedure di accreditamento delle strutture e dei soggetti abilitati alla loro realizzazione, elargendo danaro e poteri ad un'istituzione privata che, in luogo di un riconoscimento giuridico, ha il grande merito di essere “nelle grazie” del Ministro della Salute; oltretutto tale decreto è fortemente in contrasto con le funzioni che, naturalmente, dovrebbero essere riconosciute agli Organi ausiliari dello Stato, come gli Ordini Professionali soprattutto in tema di formazione medica.

Il Consiglio all'unanimità, dopo aver valutato serenamente e scrupolosamente l'operato del Ministro della Salute Prof. Girolamo Sirchia, ritiene che Egli, con l'aggravante di essere medico, non possa permettersi di relegare gli Ordini Professionali ad un ruolo residuale e addirittura subalterno rispetto ad una società privata e che pertanto debba rapidamente ritirare tale nefasto Decreto e, come atto di vera ed estrema responsabilità, dimettersi dall'incarico di Governo.

Lettera del Presidente della FNOMCeO al Ministro della Salute - 28 settembre

Signor Ministro,

le vicende degli ultimi tempi, le dissonanze sorte sugli appunti a me lasciati dopo la Sua venuta al Comitato Centrale mi hanno portato ad un'attenta disamina della situazione con la necessità di farLe conoscere il mio pensiero che, posso affermarlo senza tema di smentite, è anche quello di tutti i Presidenti degli Ordini italiani.

È inutile - pur nella certezza di aver esperito tutti i possibili tentativi di mediazione e di richieste non evase - nascondere che è mancato un segnale chiaro e preciso del Ministro, idoneo a definire il ruolo della Federazione Nazionale e degli Ordini provinciali dei Medici nella formazione con particolare riferimento all'ECM.

Allo stato, e lo dico chiaramente, la deriva confusa ed incerta assunta dalla formazione permanente preoccupa gli Ordini, lasciandoli privi di strumenti di intervento e di controllo. Mi reputo responsabile di un'attesa forse durata troppo a lungo, che ritenevo mio dovere derivante dalla speranza mai realizzata di un provvedimento che rispondesse positivamente alle attese della FNOMCeO e degli Ordini. Provvedimento che avrebbe dovuto definire il loro ruolo in termini di:

- Analisi dei bisogni formativi dei professionisti con partecipazione alla elaborazione degli obiettivi di formazione;*
- Verifica e controllo dei provider con particolare riguardo al conflitto di interessi;*
- Verifica e controllo dei crediti dei singoli;*
- Certificazione valida erga omnes;*
- Copertura degli oneri da ciò derivanti.*

L'auspicato provvedimento, purtroppo, non è stato ancora assunto ed anzi il su ricordato appunto lasciato alla FNOMCeO il 17 u.s. non fa che riconfermare cose

già note e decisamente - a detta di tutti - insufficienti.

Da quanto sopra esposto consegue che - in assenza di segnali positivi non riscontrabili al momento - i deliberati del Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici dovranno essere eseguiti, comprese le dimissioni dei nostri rappresentanti dalla Commissione Nazionale ECM e l'assenza del sottoscritto dalle sedute della stessa, in considerazione del fatto che l'incarico di Vice Presidente non è attribuito alla persona ma alla carica.

Per non confondere le cose, mi riservo di trattare l'argomento relativo all'Ordine di Roma, a breve termine, con altra nota - chiarendo però fin da ora che la Federazione ha il dovere di difendere il diritto alla critica degli Ordini.

Con viva cordialità.

Giuseppe Del Barone

Lettera dell'Ordine di Treviso al Presidente della FNOMCeO - 5 ottobre

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Treviso, intende esprimere all'unanimità le proprie perplessità sulle ultime vicende in merito al recente Decreto Ministeriale sulla formazione continua che di fatto vede esautorato dal proprio ruolo gli Ordini che rappresentano tutti gli iscritti e che in nome della terzietà istituzionale che li caratterizza dovrebbero essere i garanti di tutto il sistema ECM in sinergia con il Ministero della Salute e le Regioni.

Il quadro babelico che è venuto a crearsi in questi ultimi due anni su questo tema viene percepito da tutti gli iscritti con palese negatività e questo pone i rappresentanti degli Ordini Provinciali in una situazione di disagio non procrastinabile.

Riteniamo che la mancanza di trasparenza e condivisione possa vanificare il progetto della formazione continua che aveva visto gli Ordini tra i promotori più determinati e invitiamo pertanto la Federazione a promuovere tutte le azioni concrete necessarie a raggiungere l'obiettivo di riorientare un percorso che ci vede esclusi da ogni ruolo nell'aggiornamento dei medici italiani e a rifiutare, fino alla estrema conseguenza di non partecipazione al progetto, che gli Ordini siano ridotti alla mera funzione burocratica di trascrittori di dati certificati da altri.

Infine dobbiamo sottolineare che le ultime vicende che hanno visto censurare con metodi opinabili la legittimità di divergenze di opinione espressa su questo tema da rappresentanti di Ordine non può creare quel clima di serenità necessario allo svolgimento delle nostre funzioni di ente di interesse pubblico che ha come fine primario ineludibile di promuovere la salute dei cittadini.

Crediamo che sia nostro dovere, nel limite degli obblighi derivanti dalla normativa vigente e al netto di toni esagitati, esprimere democraticamente le nostre critiche nei confronti di chiunque, nell'ambito della diversità di parere nella soluzione dei problemi, senza tema di essere assoggettati a provvedimenti che limitino il nostro diritto di giudizio.

Riflessioni del Comitato Consultivo Regionale per la Bioetica sul rapporto tra “Economia e Sanità”

Premessa

Sempre più spesso in Sanità si pone il problema della limitatezza delle risorse nei confronti di aspettative e di bisogni che sembrano illimitati. In effetti l'andamento della spesa sanitaria totale in rapporto al PIL in Italia, se considerato nel lungo periodo ed analogamente a quanto successo in tutti i Paesi dell'OCSE, è andato progressivamente aumentando dal 3,6% del 1960 fino all'8,4 % del 2002. Quanto alle previsioni per il futuro, esse non sono unanimi; tuttavia la maggior parte degli esperti, in linea con la Ragioneria dello Stato, ipotizza una crescita nei prossimi anni compresa tra l'8,82 e l'11,52% (del resto negli USA già nel 2000 la spesa sanitaria copriva il 13 % del PIL).

Inoltre, la necessità di dare risposta concreta ed immediata (*hic et nunc*) ai problemi di “diagnosi e cura” della patologia acuta ha in pratica relegato in secondo piano altri aspetti che non sono meno rilevanti ai fini della tutela complessiva della persona e che sono quelli del “pre” e del “post” rispetto all'acuzie. Uscendo infatti dalla logica limitativa del mero tamponamento della situazione immanente che sembra sempre caratterizzare la gestione della Sanità e cercando di ampliare la prospettiva temporale, non si può non concordare che all'interno della gestione globale del Sistema Sanitario, la Prevenzione (pre) da una parte e la Riabilitazione (post) dall'altra devono avere pari dignità concettuale e sostanziale (in termini di finanziamento) rispetto al binomio “Diagnosi e Cura” dato che unico è il soggetto cui questo continuum di interventi si rivolge (il cittadino) ed unico lo scopo (la tutela della sua salute).

Altrettanta importanza in sede programmatoria, infine, dovrebbe avere il processo formativo di una diffusa cultura della salute alla cui crescita devono collaborare varie componenti tra cui va valorizzata quella della medicina di base. Tutto ciò pone problemi rilevanti sia a livello di macroallocazione delle risorse (quantum da destinare alla Sanità in rapporto al PIL? E all'interno della Sanità, quanto da destinare ai diversi filoni che ad essa fanno capo: ricerca, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, ospedali, territorio, psichiatria, etc.?) sia di microallocazione (a questa o quella U.O. all'interno di un ospedale? A questo o a quel paziente? etc.) ed investe, quindi, la responsabilità sia degli organi istituzionali nazionali e regionali deputati alle decisioni sulle macroallocazioni, sia dei vertici strategici delle Aziende Sanitarie, sia dei singoli operatori nella comune pratica clinica.

Là dove poi, (Terapia Intensiva, Neonatologia, Oncologia, Malattie rare, etc.) vengono trattate patologie di elevata gravità con terapie particolarmente costose la cui utilità è statisticamente accertata solo in una modica percentuale dei casi, il problema diventa drammatico ed entra con maggior spinta emotiva nel campo d'interesse della bioetica. Sorgono quindi inevitabili alcune domande alle quali dovremo cercare di dare possibili risposte, consci del fatto che ogni risposta a sua volta apre ulteriori argomenti di discussione.

È questo il motivo che ci ha spinto a rimarcare, mediante una stesura costruita con domande aperte, il carattere problematico della nostra riflessione: presupposto, questo, e contemporaneamente stimolo per ulteriori contributi di quanti sono interessati al problema.

Prima domanda

Il tema “Rapporto tra Sanità ed Economia” ha rilevanza bioetica oppure è di sola pertinenza della sfera politico - istituzionale? Oppure ancora è da considerarsi un fattore squisitamente e puramente economico e come tale soggetto alle leggi di mercato? Oppure...?

La difficoltà economica del Servizio Sanitario ha cause molteplici e complesse: tra le altre vanno ricordate l'insufficienza del finanziamento, l'invecchiamento della popolazione con i conseguenti mutamenti epidemiologici, l'aumento del numero delle prestazioni pro-capite, l'incremento dei costi delle attrezzature e del personale e, tenuta per ultima ma in realtà centrale, la non sufficiente attenzione all'individuazione delle priorità.

Alcuni di questi fattori hanno ampia rilevanza bioetica, soprattutto se considerati alla luce del criterio di giustizia (dare a ciascuno ciò di cui necessita rimuovendo le disuguaglianze e le ingiustizie nell'erogazione delle cure).

La limitatezza delle risorse disponibili, infatti, ci impone di fare “scelte difficili”: va privilegiata la prevenzione del danno, o la sua rimozione? Lo Stato deve garantire tutte le terapie, oppure deve selezionarle privilegiando quelle necessarie ed efficaci rispetto a quelle che derivano da preferenze individuali o volte ad un miglioramento dell'immagine di sé?

E se deve selezionarle quali saranno le esclusioni, ed entro che limiti, e da chi?

E, di conseguenza, a quali soggetti sarà garantita un'assistenza sanitaria completa? D'altra parte, poiché la spesa privata per la Sanità è in Italia una delle più alte d'Europa e la tendenza negli ultimi decenni è stata ad un suo aumento (in controtendenza rispetto alla maggior parte dei paesi Europei), la riallocazione della spesa dal pagatore pubblico al pagatore privato potrebbe creare potenziali problemi di equità nel caso in cui le prestazioni acquistate dal pagatore privato non fossero solamente integrative, ma si ponessero come sostitutive o alternative rispetto a quelle garantite dal pagatore pubblico.

Seconda domanda

In Italia sono già stati formulati documenti sul tema?

Tra i pareri espressi sull'argomento spicca per importanza e vastità delle argomentazioni quello approvato nel 1998 dal Comitato Nazionale per la Bioetica ed intitolato “Etica, Sistema Sanitario e Risorse”¹.

¹ L'ultimo documento del Comitato Nazionale per la bioetica è del 14 dicembre 2001, dal titolo “Scopi limiti e rischi della medicina”. Riprendendo alcuni temi del rapporto conclusivo dell'Hastings Center sulla ricerca transnazionale “The Goals of the Medicine” (1997) e del libro del bioeticista Callahan “False Hopes”, anche il Comitato Nazionale sembra mettere in guardia, da una parte, dalle tre principali false speranze individuate da Callahan, ossia l'idea di dominare la natura, il proporsi orizzonti illimitati (compreso l'evitare la morte) e la tendenza ad espandersi invadendo e medicalizzando ogni aspetto della vita umana; dall'altra, secondo il succitato rapporto, dall'errore di fare dell'autonomia un obiettivo fondamentale della medicina e di erigere a scopo primario della medicina il benessere complessivo della società.

Nell'impossibilità di riassumerlo, sia nel testo che nei contributi allegati, se ne segnala tuttavia da una parte il carattere volutamente aperto e non conclusivo, come esplicitamente dichiarato nella presentazione, e dall'altra l'affermazione dell'importanza della valutazione etica nelle scelte di politica economica sanitaria.

Viene infatti scritto nel documento: " Non è discutibile l'eticità di un'appropriata allocazione delle risorse nel sistema di cura della salute", ed ancora: "è fondamentale il problema di minimizzare le disuguaglianze e le iniquità della cura della salute"; tali concetti sono poi rafforzati negli allegati: "non esiste alcuna decisione in campo sanitario che non abbia conseguenze relative alla distribuzione delle risorse a livello di sottogruppi della popolazione, e dunque implicazioni etiche".

Terza domanda

Quali sono i principi bioetici ed i valori condivisi cui richiamarci nel trattare questo tema?

I Principi Bioetici cui richiamarci per costruire un ragionamento e ricavare poi delle modalità pratiche di comportamento sono quelli universalmente condivisi di "beneficialità" e di "giustizia".

Per quanto riguarda gli aspetti attinenti il tema in questione, la "BENEFICIALITÀ" si sostanzia nell'azione che è volta al bene complessivo dell'individuo e che utilizza al meglio tutti i mezzi che, tra quelli dimostrati efficaci, siano ritenuti utili al singolo caso in questione.

Secondo il principio di "GIUSTIZIA" l'utilizzo delle risorse va fatto tenendo sempre presente il criterio di uguaglianza e di pari dignità di tutti i soggetti senza discriminazioni ed esclusioni di sorta. Eventuali differenze nell'assegnazione delle risorse sono giustificate solamente dalle diverse necessità individuali intendendo per esse sia quelle emergenti ex novo in caso di patologie sopravvenenti, sia quelle derivanti da eventuali disuguaglianze nelle condizioni di partenza: quello che è da considerare infatti è l'accessibilità e la fruizione di fatto delle prestazioni sanitarie e non solo il generico diritto alle stesse, eventuali differenze nell'assegnazione delle risorse essendo giustificate solamente dalle diverse necessità individuali. Sempre in base a questo principio l'allocazione delle risorse (sia in termini macro che micro) deve evitare qualsiasi spreco in ogni settore: il risparmio ottenuto in un campo può essere utilizzato per finanziare l'acquisizione di mezzi in un altro, essendo comunque unico l'obiettivo (la salvaguardia della salute) ed unico il quantum spendibile.

Se tutti sono d'accordo su questi principi, la loro applicazione alla realtà appare sicuramente più problematica e fonte di un dibattito che deve essere necessariamente continuo e pluralista, così come continuo e mosso da una pluralità di fattori è il divenire oggettivo; e pur tuttavia il fatto di essere immersi nel reale e quindi coscienti della relatività del momento e delle posizioni non può e non deve impedirci di orientare l'azione secondo valori condivisi che dai principi discendono e che evolvono col maturare della società civile. Tra questi valori vanno annoverati senz'altro la "solidarietà" e la "responsabilità": là dove per SOLIDARIETÀ si intende la condivisione sociale delle situazioni di disagio individuale e/o di gruppo cui si accompagnano idonei interventi riequilibratori; e per RESPONSABILITÀ va intesa l'accezione positiva del termine, nel senso che

è compito ed interesse di tutti i cittadini, a qualunque livello operino, contribuire al buon funzionamento e al continuo miglioramento dell'intero sistema. Alla luce di quanto detto la tutela della salute si configura da una parte come rientrante nella sfera dei DIRITTI (poiché tutte le persone sono uguali ed hanno lo stesso diritto ad usufruire delle risorse sanitarie, queste vanno ripartite fra tutti assegnando ad ognuno la stessa quota fruibile); dall'altra rientra a buon diritto nella sfera dei BISOGNI (che sono differenti tra l'una e l'altra persona secondo una gamma che può andare dall'assenza al massimo di bisogno e che, se non adeguatamente supportati, farebbero correre il rischio di abbandonare le parti più deboli della cittadinanza).

Così per altro verso dal primitivo concetto di EFFICIENZA (permeato di spirito contabile e che, se preso come unico parametro, ridurrebbe l'uomo a poco più di una variabile all'interno del processo produttivo), passando per le tappe intermedie dell'EFFICACIA (che introduce una valutazione qualitativa dell'operato) e dell'EVIDENZA SCIENTIFICA (che ci dà una sicurezza di utilizzo, se pur di sicurezza si può parlare in un campo in cui la variabilità è la regola), si è giunti ad individuare nell'APPROPRIATEZZA (dare la cosa giusta alla persona giusta nel momento giusto) uno dei canoni cui attenersi nella distribuzione delle risorse. Eppure anche quello dell'appropriatezza, pur basilare nel contesto oggettivo in cui si opera e prerequisito per ogni ulteriore sviluppo, corre il rischio di essere un valore riduttivo se considerato chiuso all'interno di una visione di una Sanità statica che si limiti alla gestione di una situazione ristretta nello spazio e limitata nel tempo. Se noi vogliamo superare questi limiti e siamo disposti ad assumerci una responsabilità di tipo storico, dovremo andare oltre e prospettare una Sanità che sia oltre che SOSTENIBILE anche DURATURA.

A questo punto appare evidente che non sono più sufficienti degli accorgimenti tecnici di razionalizzazione dei budget e delle spese, ma vanno compiute delle SCELTE SOCIALI sulle priorità da perseguire e sulle modalità con cui finanziarle. Luogo naturale in cui queste scelte sociali (obiettivi) vengono tradotte in norme (risorse umane, finanziarie, culturali, etc.) è la POLITICA che da una parte ha il compito di definirle e dall'altra di cercare, spinta da sempre nuove istanze, di ampliarle spostando oltre il confine del realizzabile.

Spetterà poi agli OPERATORI SANITARI, facendo ricorso alla loro autonomia professionale nell'elaborare parametri di appropriatezza, utilizzare quelle risorse per raggiungere quegli obiettivi, consci che la realizzazione pratica si espletterà attraverso atti concreti la cui correttezza sarà da valutarsi non solo in termini di deontologia (rivolti all'interno della categoria), ma anche di assunzione di responsabilità esterna (verso la collettività).

Il "qui ed ora" a questo punto non è più chiuso in se stesso, ma diventa tappa di un percorso che tutti sono chiamati ad individuare e condividere.

Quarta domanda

Come si pone il "rapporto Economia/Sanità" rispetto al dettato giuridico?

L'art. 32 (Tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività) e l'art. 3 (... rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza, impediscono il pieno sviluppo della persona...) della Costituzione vanno contestualizzati alla situazione reale e trovano limiti oggettivi nel problema della disponibilità di risorse (così come previsto da sentenze della Corte Costituzionale 356/92 e 267/98); in

altri termini il diritto giuridicamente tutelato va combinato con la disponibilità dei beni realmente esistenti. Indubbiamente vi è discrasia tra l'enunciazione teorica di un principio assoluto e la sua attuazione pratica che viene ad essere oggettivamente limitata dalle condizioni in essere; a questo punto si può rispondere (usando una metafora) che il principio teorico può essere paragonato alla stella polare su cui impostare la direzione complessiva di marcia, lasciando poi la scelta pratica del sentiero da percorrere a quelle che sono le condizioni locali del terreno. Fuori di metafora, comunque, è indubitabile che alcune situazioni presuppongono decisioni che, pur avendo carattere etico, sono di competenza prevalentemente Politica (intendendo con questo termine l'accezione nobile di "governo della città").

Da quanto sopra deriva che, se è pur vero che la salute è un "valore a tutela assoluta", è tuttavia compito della Politica coordinare sotto il profilo organizzativo ed economico il diritto soggettivo alla stessa con la salvaguardia di alcuni altri valori cui si può fondatamente attribuire pari dignità (difesa, giustizia, istruzione) e che devono avere un grado di soddisfacimento maggiore rispetto ad altri che, pure costituzionalmente protetti, siano diversi da quelli poc'anzi elencati.

Ne discende che nulla può essere rimproverato ad alcuno nel caso le risorse, pur correttamente ripartite secondo i criteri di cui sopra, si rivelino nei fatti insufficienti per tutelare tutte le esigenze sanitarie della popolazione; nel caso invece i criteri di priorità non vengano rispettati la responsabilità giuridica è attribuibile ai soggetti cui normativamente è data la potestà decisionale nel merito dell'allocazione delle risorse, e non già agli operatori sanitari che, nella realtà quotidiana, si trovino per carenza di risorse nell'impossibilità pratica di assicurare nei fatti tale tutela con tutti i mezzi scientifici e tecnologici teoricamente utilizzabili.

La suddivisione e l'individuazione delle responsabilità non implicano tuttavia una deresponsabilizzazione di alcuno relativamente al proprio status: corretta allocazione delle risorse e costante appropriatezza nell'utilizzarle sono parimenti doverose nell'ambito dei ruoli ricoperti dagli amministratori e dagli operatori.

Quinta domanda

Il problema del rapporto Economia/Sanità è affrontato nei Codici Deontologici degli Operatori Sanitari?

Il tema è affrontato, anche se con sfumature diverse, nei codici Deontologici sia dei Medici che degli Infermieri.

Per quanto riguarda i primi, il codice, nell'ultima versione approvata nel 1998, prevede tra l'altro all'art. 12 "La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del Medico e non può che far seguito ad una diagnosi circostanziata o, quanto meno, ad un fondato sospetto diagnostico. Le prescrizioni ed i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente". Da quanto esposto appare esplicita la preoccupazione di risparmiare risorse limitando le indagini e le terapie a quelle ritenute strettamente necessarie ed attinenti al quadro clinico considerato, evitando esami a tappeto e trattamenti non giustificati. Un secondo aspetto che merita di essere sottolineato è che non dovrebbero essere poste a carico del già risicato fondo sanitario pubblico trattamenti che non siano supportati da prove di efficacia metodologicamente validate (cosa che, ad esempio, si intreccia strettamente con il dibattito in corso e con

le iniziative legislative sulle pratiche mediche non convenzionali). Per quanto concerne gli Infermieri, il Codice del 1999 all'art. 2 prevede: "L'Infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base dei criteri condivisi dalla comunità professionale". Nel testo sono intuibili dei passaggi ulteriori rispetto al Codice dei Medici, quanto meno problematici e meritevoli di discussione approfondita. Da una parte infatti si passa dalla dizione "uso appropriato" (che va considerato in relazione al singolo paziente che fruisce del trattamento) a quella di "uso ottimale" (che potrebbe presupporre invece una comparazione tra più pazienti e/o gruppi che usufruiscono di trattamenti diversi); e dall'altro si prospetta la possibilità che siano gli operatori stessi ad individuare la priorità sulla base di criteri condivisi dalla categoria e non invece discendenti da indicazioni sociali tradotte in decisioni di politica sanitaria.

Sesta domanda

Qual è il compito della bioetica sul tema?

In Italia, ma non solo, c'è stata finora poca attenzione nel considerare gli effetti qualitativi che derivano dalle decisioni economiche in tema di sanità: sappiamo, in altre parole, abbastanza sui numeri grezzi (spese, numero di prestazioni, numero di ricoveri, etc.) ma molto poco sull'effettiva ricaduta in termini di miglioramento/peggioramento del livello di salute (anche perché è più facile misurare il dato quantitativo che quello qualitativo).

Compito della bioetica non è quindi quello di indicare matematicamente la cifra da spendere globalmente in sanità e come distribuirla poi tra i vari settori, ma di proporre dei criteri metodologici da seguire nell'allocazione delle risorse, a livello sia generale sia particolare. Bisognerebbe, in altri termini, stabilire delle regole comuni ed accettate su ciò che le istituzioni devono garantire e sulle priorità da rispettare e poi su queste costruire la spesa tenendo conto del disponibile.

Se da una parte è infatti utopistico pensare di poter arrivare a conciliare compiutamente contenimento dei costi, qualità delle cure, equità d'accesso e libertà di scelta, dall'altra è ragionevole ricercare un percorso prospetticamente migliorativo basato sull'adeguatezza della tecnologia, sul suo uso appropriato e sulla valorizzazione delle risorse umane.

Considerando quanto detto nei punti precedenti, compito della bioetica è anche richiamare costantemente da una parte quanti ai vari livelli hanno potestà nell'allocazione delle risorse a tener conto della graduazione dei valori da tutelare, e dall'altra ricordare agli utilizzatori delle risorse che l'appropriatezza nel loro utilizzo è un imperativo etico prima ancora che normativo e giuridico - contrattuale. Altro compito è infine favorire e mantener vivo un dibattito all'interno della società su questi temi per approfondire da una parte quanto ed in che modo effettivamente lo stato possa e debba soddisfare la tutela dei bisogni, e dall'altra limitare il ventaglio delle aspettative dei cittadini a quelle realmente essenziali.

Settima domanda

Fino a che punto delle deduzioni concettuali sul macrosistema possono essere applicate nei casi concreti del microsistema? Le motivazioni economiche possono intersecare e contrapporsi all'alleanza terapeutica tra operatore sanitario e paziente?

Premessa indispensabile è che, essendo le risorse limitate, queste vanno impiegate solo con criteri di appropriatezza e sono da riservarsi a terapie la cui utilità sia dimostrata in modo scientificamente provato.

Il progresso della scienza e della tecnica ha permesso (fino ad ora e quantomeno nei paesi occidentali) di rispondere alle esigenze di base di tutta la popolazione con buoni risultati e con costi sostenibili; al momento attuale vengono invece proposte terapie sempre più dispendiose, rivolte al trattamento di relativamente poche persone (basti pensare per esempio a certi pazienti oncologici, di Terapia Intensiva, affetti da gravi patologie infettive o da malattie rare, etc.), con l'esito finale incerto per quanto riguarda i benefici del singolo caso, ed il cui costo, se non finanziato con ulteriori investimenti, fa correre il rischio di una diminuzione sostanziale di cure per il resto della collettività.

In questi casi è eticamente doveroso rispondere esclusivamente al bisogno immediato del singolo, oppure preoccuparsi maggiormente delle ricadute di una diminuzione di assistenza sugli altri? (casi già documentati, per es. in Inghilterra e negli U.S.A.) Se anche nel campo della sanità vanno fatte delle scelte, probabilmente queste dovrebbero tener conto del criterio di "maggior beneficiabilità possibile nei confronti della maggioranza" così come, però, delimitate nel punto III (d'altra parte questa è una pratica già implicitamente accettata nei "Triage" in caso di maxiemergenza cui si debba far fronte con risorse limitate).

Posto che la razionalizzazione delle prestazioni e la loro eventuale limitazione si avvera dunque nei fatti necessaria, sorge il problema su chi ne debba essere il protagonista o se non si tratti anche in questo caso di una pluralità di attori che, ognuno per la sua parte, collaborino al risultato finale.

È compito di chi ha responsabilità di tipo macroeconomico, e quindi dei Politici in quanto rappresentanti eletti dai cittadini, da una parte adeguare le risorse economiche ai fini che si vogliono perseguire, e dall'altra limitare questi fini sulla base delle risorse che si hanno a disposizione. È essenziale tuttavia che il tutto venga fatto con chiarezza, trasparenza e motivando le decisioni prese (ad esempio la decisione su quanti e quali Ospedali mantenere attivi in un determinato territorio ha ricadute evidenti sia sul livello globale della spesa sia sulla quantità e qualità del servizio reso nei singoli Ospedali in attività).

Per quanto riguarda il Singolo Medico, la sua posizione è particolarmente delicata in quanto, nella sua funzione clinica, è tenuto ad assicurare il "meglio" al suo paziente venendo quasi a far prospettare livelli etici differenti nel momento in cui si ipotizza "un'etica clinica" separata dall'"etica politico-programmatoria". Questo "meglio" tuttavia che egli deve assicurare non va inteso come la cosa migliore in assoluto teoricamente disponibile, ma come la "cosa migliore per questo determinato paziente, in questo determinato caso, in questo determinato momento". Questo concetto di appropriatezza, semplice in teoria ma di difficoltosa applicazione nella pratica, deve trovare elementi fondanti nelle conoscenze scientificamente validate, temperate però da un sentimento di compartecipazione e da una consapevolezza dell'umana soggettività in modo che il rigore intellettuale spinto all'estremo non cancelli con false certezze la pietas, lo spirito critico e l'umiltà di chi dovrebbe invece esser aperto al continuo confronto. Per il medico clinico la ricerca dell'appropriatezza non significa lesinare ciò che è necessario mettendo così in crisi il rapporto di fiducia, bensì utilizzare, facendone partecipe il paziente, il metodo che, a parità di risultato, risulta più economico.

Altro discorso invece va fatto per la Comunità Medica che, in quanto tale ed in quanto inserita nella pluralità del contesto delle forze sociali, ha il diritto/dove-

re (per esempio attraverso l'Ordine Professionale) di esprimere il proprio motivato parere negli ambiti istituzionali là dove le decisioni generali vengono assunte.

Grande importanza infine è da attribuirsi all'opinione pubblica ed in particolar modo a tutti coloro che sono in grado di comunicare con essa ed influenzarla. Un'informazione oggettiva, scevra da sensazionalismi generatori di infondate speranze, improntata alla realtà che è sempre complessa e mai univoca, svincolata da interessi economici evidenti o nascosti, è elemento indispensabile per promuovere e far crescere la riflessione dei cittadini su questo tema.

È chiaro che, a costo di essere ripetitivi, va ribadita la necessità di allargare il più possibile, attraverso un insieme di strumenti che agiscano in modo estensivo e continuativo, l'attività di informazione rivolta ai cittadini e di formazione indirizzata agli operatori. Senza una diffusa presa di coscienza di questi problemi, ogni tentativo di soluzione calato dall'alto verrà recepito infatti come imposizione restrittiva e non invece come decisione condivisa.

Ottava domanda

La ricerca di nuovi presidi implica dei costi molto elevati che poi vengono scaricati sul prezzo dei presidi stessi una volta immessi sul mercato. Posto che si decida di non utilizzare questi presidi a causa del loro costo, che ripercussioni potrebbero esserci per la ricerca?

La ricerca di nuovi presidi/tecnologie non deve essere arrestata: tra gli altri motivi eticamente rilevanti che supportano questa tesi vi è la responsabilità verso le generazioni future ed il fatto che il costo di gran parte delle tecnologie, superato il periodo iniziale, tende a ridursi col tempo ampliando così la possibilità di offerta a parità di spesa globale.

In determinati campi poi (ricerca di base, malattie rare il cui possibile mercato è di per sé limitato e quindi poco remunerativo, etc.) essa non solo risulterebbe bloccata, ma non verrebbe neppure avviata per mancanza del prevedibile ritorno economico. Benché esuli dall'interesse specifico dell'argomento in trattazione, va rilevato come notevoli siano le pressioni, esplicite e non, esercitate dall'Industria sui medici per far lievitare la spesa sanitaria condizionando il loro atteggiamento diagnostico/terapeutico. Tali pressioni, esercitate spesso per imporre nuovi farmaci che presentano solo lievi benefici rispetto a quelli tradizionali in campi di largo consumo quali le patologie cronico-degenerative, sono in grado di spostare elevate masse di denaro distogliendole dal finanziamento di farmaci e/o tecnologie innovative.

Come ricaduta pratica di quanto detto, si dovrebbe anche in Italia (come già avviene in altri Paesi Occidentali) stabilire un finanziamento aggiuntivo rispetto a quello storico riservato al trattamento coi nuovi presidi dei pazienti che lo richiedono. Sarà compito della Politica in sede di programmazione, sulla base di scelte condivise, e all'interno di questo finanziamento aggiuntivo comune, decidere quali particolari settori siano da privilegiare rispetto ad altri e quale percentuale del fondo complessivo sia da destinare ad ognuno di essi; sarà compito degli Operatori, posto che criterio base per l'accesso al trattamento è quello dell'appropriatezza, cercare di massimalizzare i vantaggi modulando, sulla base delle risorse assegnate, le indicazioni per l'ammissione al trattamento.

Non si può non rilevare che, operando in questo modo e posto che le risorse messe a disposizione sono predefinite, si verrebbe a sottoporre a trattamento un

numero di pazienti inferiore a quello che risulterebbe se non ci fossero vincoli e i criteri di ammissione fossero più larghi. Ciò da una parte comporta il rischio che qualche malato meno grave possa incorrere in un aggravamento della propria patologia per il fatto di non essere stato posto anticipatamente in trattamento; d'altra parte però si tratterebbero nello stesso modo tutti i pazienti che si trovano nelle identiche determinate condizioni, cosa che appare più rispettosa del principio di giustizia.

Nona domanda

Nel caso esistano sul mercato per il trattamento della stessa patologia tecnologie/presidi di costo diverso e di diverse caratteristiche, va sempre ed in ogni caso usato quello con le caratteristiche migliori e dal prezzo superiore?

Anche nel caso di presidi/tecnologie già presenti sul mercato ed aventi le caratteristiche di cui sopra, va ogni volta ponderata la scelta su quale utilizzare considerate le caratteristiche individuali del paziente. Posto che comunque tutti i mezzi utilizzati debbano parimenti essere atti allo scopo, l'impiego di quelli più sofisticati e costosi va riservato a casi selezionati secondo criteri che siano obiettivi nei confronti di tutti i pazienti.

Va evidenziato che è insita nel criterio di giustizia anche ogni iniziativa volta a limitare ed annullare gli sprechi e l'uso inappropriato di farmaci e tecnologie. Così ad esempio nella catena che va dalla prescrizione all'effettivo utilizzo dei farmaci vi sono tappe intermedie (trascrizione, dosaggio, confezionamento, somministrazione, compliance del paziente, scorte che vanno a scadenza, etc.) che, se non attentamente seguite, portano a sprechi che non sono solo dannosi dal punto di vista economico, ma sono anche eticamente riprovevoli. Analogo discorso deve essere fatto nei riguardi di indagini di laboratorio o strumentali richieste ad abundantiam e non giustificate sul piano dell'effettiva ricaduta clinica, così come di ogni altro spreco riferibile ai settori amministrativi e gestionali di attinenza sanitaria.

Decima domanda

È eticamente corretto utilizzare incentivi di carattere economico per indurre gli operatori sanitari ad un più stretto contenimento dei costi?

Nel passato anche recente scarsa attenzione è stata posta dagli operatori sanitari ai costi delle prestazioni erogate e quindi alla rilevanza delle conseguenze economiche derivanti dalle scelte diagnostico-terapeutiche; nel contempo gli stessi modelli amministrativi, gestionali ed organizzativi percorrevano sostanzialmente la stessa strada, concentrati prevalentemente sull'obiettivo primario di "curare al meglio il malato" anche prescindendo dai costi. In un simile contesto lo strumento gestionale del budget o, più in generale, una maggior attenzione agli aspetti economico/organizzativi possono assumere un significato anche eticamente positivo nel momento in cui inducono ad utilizzare al meglio le risorse evitando le inefficienze. Questo giusto contenimento dei costi richiede operativamente l'utilizzo di meccanismi, anche incentivanti che, date le finalità per cui vengono impiegati, sono basati su variabili legate al momento economico del servizio sanitario e dotate della caratteristica di essere facilmente quantificabili e verificabili: quantità dei servizi erogati, riduzione delle giornate di degenza, rispetto di un determinato budget di spesa, etc.

Non si può negare tuttavia che l'utilizzo di incentivi che premiano comportamenti atti a contenere la spesa sanitaria sia però potenzialmente pericoloso per i pazienti dato che il solo raggiungimento del risultato economico, se questo è considerato interesse prioritario rispetto agli altri, può andare a diretto discapito della qualità del servizio erogato. Il rischio di uno scadimento qualitativo dovuto ad una eccessiva pressione dal lato del contenimento della spesa è infatti particolarmente rilevante in materia sanitaria sia per la "delicatezza" del servizio e sia perché la misurazione della qualità del servizio erogato risulta essere particolarmente complicata e molto spesso, per motivi di fattibilità pratica, deve essere svolta col metodo del campionamento.

Il fatto poi che gli incentivi siano di tipo economico può aggravare ulteriormente il problema rendendo, anche inconsapevolmente, l'operatore sanitario più un raziatore che non un razionalizzatore di risorse. D'altra parte il sapere che il proprio medico è incentivato economicamente a ridurre la spesa sanitaria può causare un crollo della fiducia del paziente verso di lui, con tutte le conseguenze che ne derivano sia sul piano strettamente sanitario che di rivalsa legale nel caso in cui non tutto, nello sviluppo della patologia e del trattamento, vada secondo le aspettative del paziente.

Da questo punto di vista è quindi necessario sottolineare che nella definizione degli incentivi un'ottica meramente economicistica può essere "pericolosa": è necessario non solo garantire l'efficienza del servizio ma anche un adeguato livello qualitativo dello stesso. In definitiva l'utilizzo di incentivi per premiare il contenimento dei costi può essere accettabile solo se il risultato finale non va a detrimento della qualità del servizio o se, in altri termini, lo stesso risultato viene raggiunto a costi più bassi. Apparirebbe più lecito tuttavia legare gli incentivi non al mero raggiungimento di un obiettivo finale, quanto al rispetto di percorsi concordati tendenti allo stesso.

Quali poi siano gli obiettivi ed i parametri in grado di misurare la qualità del servizio, così come chi siano i titolari del diritto/dovere di misurarlo, questo esula dal presente parere; la cosa tuttavia che appare assodata fin d'ora è che essi vadano individuati col comune accordo delle parti in causa (amministratori, personale sanitario, cittadini). In ogni caso si ribadisce che, all'interno di una legittima e necessaria razionalizzazione dell'uso delle risorse, l'appropriatezza diagnostico-terapeutica dell'atto medico deve costituire l'obiettivo comune cui tutte le componenti politiche - gestionali - professionali e sociali devono mirare, salvaguardando nel contempo rigore scientifico, autonomia professionale e diritti del cittadino.

In effetti, nelle condizioni attuali, dal punto di vista bioetico non è lecito né il comportamento acritico del "pagamento a piè di lista", né quello supercritico del "puro economicismo"; il problema è trovare un giusto equilibrio tra queste esigenze.

Il Presidente del Comitato
Prof. Paolo Benciolini

MODALITÀ DI ACCESSO DEI CITTADINI ALLA COMMISSIONE PATENTI

MODALITÀ D'ACCESSO A VISITA IN COMMISSIONE MEDICA PATENTI E RITIRO DEL CERTIFICATO

1. Il soggetto prenota la visita al CUP-COP (tel. call-centre: 0422-322693, dal lunedì al venerdì, dalle 8.20 alle 15.50).
2. Telefonicamente viene fissata la data della visita nella giornata e nell'ora adatta alla problematica specifica.
3. Informazioni per l'accesso alla visita e modulistica sono disponibili presso tutte le sedi di prenotazioni visite e distretti sociosanitari della provincia, CUP e COP, nonché su Internet.
4. Informazioni e modulistica vengono diffuse anche tramite l'Ordine dei medici con questo numero del giornale.
5. La domanda compilata, datata, firmata, e con la marca da bollo del valore corrente viene esibita alla segreteria della Commissione Patenti immediatamente prima dell'espletamento della visita, unitamente all'attestazione dei versamenti previsti per legge, alla copia della patente se in possesso dell'utente, e alla copia del permesso di soggiorno per gli stranieri.

IL GIORNO DELLA VISITA

1. Tutte le visite prenotate vengono effettuate nella fascia oraria compresa tra le ore 14,30 e le 17,00 nelle giornate di lunedì, martedì, giovedì, venerdì. Agli utenti portatori di minorazioni fisiche agli arti o alla colonna vertebrale è riservata la giornata di giovedì nella fascia oraria compresa tra le 14,30 alle 15,30. Tutte le visite, ove possibile, si concludono con il rilascio immediato del certificato. Nel caso in cui tale rilascio non sia possibile per necessità di acquisire dati sanitari esistenti o da effettuare, la Commissione si impegna a rilasciare il certificato nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 7 giorni dall'acquisizione degli accertamenti.
2. L'utente, nel giorno e nell'ora fissati, si presenta allo sportello di segreteria della Commissione medica locale, presso i locali assegnati dall'Azienda ULSS di Treviso per l'operatività della Commissione, in via Castellana 2, Treviso (ex ospedale La Madonnina), utilizzando il dispositivo taglia-coda (ritira il numero progressivo ed attende che lo stesso compaia sul dispositivo all'interno della sala d'attesa).
3. L'utente esibisce la documentazione richiesta e ritorna in sala d'attesa.
4. Su chiamata, che avviene in ordine numerico progressivo, l'utente viene introdotto in ambulatorio, ove viene effettuata la visita finalizzata al rilascio del certificato.
5. Resta quindi in attesa del certificato per il tempo necessario in rapporto alla disponibilità del personale amministrativo presente.
6. Prenoterà per tempo telefonicamente al CUP-COP la eventuale nuova visita di controllo.
7. Riceverà il bollino da apporre sulla patente entro tre mesi successivi al ritiro del certificato.

COSTI PER L'UTENTE

- Per tutti la semplice visita in CMLP è stabilita per legge in **€ 18,59**
- La MARCA DA BOLLO da apporre sulla domanda per accedere alla Commissione è stabilita per legge in **€ 11,00**
- La MARCA DA BOLLO da apporre sul certificato rilasciato per accedere alla Commissione Medica è stabilita per legge in **€ 11,00**
- per chi chiede la visita per la conferma della validità della patente, destinati al Ministero dei Trasporti CED di Roma per invio del bollino, sono previsti per legge **€ 5,16**
- per i minorati per cui il collegio medico deve essere integrato, per previsione di legge, con ingegnere della Motorizzazione Civile e fisiatra, è previsto un costo aggiuntivo di **€ 12,40**
- per i diabetici titolari di patente superiore per cui è prevista la valutazione con diabetologo integrante la commissione è richiesto un versamento aggiuntivo di **€ 6,20**
- per i soggetti che afferiscono in commissione per problemi connessi con abuso di alcool per cui i protocolli locali richiedono la visita da parte di un medico alcologo in commissione, è previsto un costo aggiuntivo di **€ 6,20**
- test alcolimetrico: il personale sanitario assegnato alla Commissione Medica, onde ridurre il disagio all'utenza, offre la possibilità di effettuare alcuni accertamenti in concomitanza con la seduta di visita. detti accertamenti qualora preferito dal diretto interessato possono essere effettuati anche in qualsiasi altra struttura pubblica o presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Padova **da definire**
- test per consumo di alcool, esame del capello per ricerca di cataboliti di sostanze stupefacenti come stabiliti da convenzione dell'Azienda ULSS 9 e ARPAV di Treviso **€ 54,35**
- esame urine **€ 27,05**
- esami ematochimici **€ 15,60**

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALL'ATTO DELLA VISITA PER REVISIONE, RINNOVO, CONSEGUIMENTO, DUPLICATO DELLA PATENTE

- Domanda allegata compilata in tutte le parti con dati personali;
- Due marche da bollo da € 11,00.
- Documento di identità valido (carta di identità, patente di guida, passaporto, non scaduti).
- Fotocopia su unico foglio e fronte retro della patente, aperta in tutta la sua estensione, del codice fiscale, e carta d'identità non scaduti.
- Permesso /carta di soggiorno per cittadini extracomunitari non scaduto.
- Prova dei riflessi semplici e complessi per patenti superiori.

REVISIONE della patente guida: ritiro/sospensione/precedente non idoneità.
Ulteriore documentazione da presentare all'atto della visita

- Attestazione del versamento di € 18,59 (oppure € 30,99 in caso di minora-

zioni agli arti), effettuato sul C/C postale n.11034311, intestato a “TESORE-
RIA AZIENDA ULSS N.9 TREVISO”, indicando sul retro del bollettino la cau-
sale “Diritti patente guida”;

- Copia del decreto della prefettura o della lettera della Motorizzazione con cui è stata disposta la revisione;
- Gradazione lenti (effettuata anche da ottico) nel caso si portino occhiali/lenti a contatto durante la guida;
- Prova dei riflessi semplici e complessi per patenti superiori.

CONFERMA VALIDITÀ (rinnovo) della patente guida: per chi ha la patente in scadenza.

Ulteriore documentazione da presentare all'atto della visita

- Attestazione del versamento di € 18,59 (oppure € 30,99 in caso di minora-
zioni agli arti), effettuato sul C/C postale n.11034311, intestato a “TESORE-
RIA AZIENDA ULSS N.9 TREVISO” indicando sul retro del bollettino la cau-
sale “Diritti patente guida”;
- Attestazione del versamento di € 5,16 sul C/C postale n.9001, intestato a
“Direzione Generale Motorizzazione Civile - Roma” indicando sul retro del
bollettino la causale “Diritti patente guida”;
- Gradazione lenti (effettuata anche da ottico) nel caso di portino occhiali/lenti
a contatto durante la guida;

CONSEGUIMENTO della patente di guida: per chi non ha mai avuto la patente.

Ulteriore documentazione da presentare all'atto della visita

- Attestazione del versamento di € 18,59 (oppure € 30,99 in caso di minora-
zioni agli arti), effettuato sul C/C postale n.11034311, intestato a “TESORE-
RIA AZIENDA ULSS N.9 TREVISO” indicando sul retro del bollettino la cau-
sale “Diritti patente guida”;
- Una fotografia formato tessera;
- Gradazione lenti (effettuata anche da ottico) nel caso si portino occhiali/lenti
a contatto durante la guida;
- Prova dei riflessi semplici e complessi per patenti superiori.

DUPLICATO della patente guida: per cambio di categoria o deterioramento/
furto documenti

Ulteriore documentazione da presentare all'atto della visita

- Attestazione del versamento di € 18,59 (oppure € 30,99 in caso di minora-
zioni agli arti), effettuato sul C/C postale n.11034311, intestato a “TESORE-
RIA AZIENDA ULSS N.9 TREVISO” indicando sul retro del bollettino la cau-
sale “Diritti patente guida”;
- Gradazione lenti (effettuata anche da ottico) nel caso di portino occhiali/lenti
a contatto durante la guida;
- Una fotografia formato tessera.

DOMANDA DI VISITA PRESSO LA COMMISSIONE PATENTI DI TREVISO

Al Presidente della
Commissione Medica Locale
Patenti di Guida di Treviso

pratica n° _____

VISITA IL _____

IL/LA SOTTOSCRITT _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

DI NAZIONALITÀ _____ RESIDENTE IN _____ PROV. _____

VIA _____ CODICE FISCALE _____

TESSERA SANITARIA N. _____

TEL. _____ altezza cm. _____ peso kg. _____

Titolare della patente

1. NORMALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SPECIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. NAUTICA	<input type="checkbox"/>					

NUMERO PATENTE _____

RILASCIATA DA _____ IL _____ CHE SCADE IL _____

CHIEDE di essere sottoposto alla visita medica da parte della Commissione Medica Locale di Treviso per:



CONSEGUIMENTO

(per chi non ha mai avuto la patente)



CONVERSIONE

(per chi ha attualmente patente straniera)



CONFERMA DELLA VALIDITÀ (per chi ha la patente in scadenza)



DUPLICATO

(per cambio di categoria, deterioramento o furto di documenti)



REVISIONE

(ritiro, sospensione, precedente non idoneità)

DICHIARA all'uopo:

- di essere stato sottoposto a precedente visita medica presso detta Commissione nell'anno
- di non essere mai stato sottoposto a precedente visita medica presso la stessa Commissione o altre analoghe di provincia diversa
- che esiste ricorso pendente presso la Commissione Superiore del Ministero dei Trasporti
- che non esiste alcun ricorso pendente presso la Commissione Superiore del Ministero dei Trasporti
- di essere affetto da minorazione agli arti e/o colonna vertebrale
- di non essere affetto da minorazione agli arti e/o colonna vertebrale
- autorizza codesta Commissione ad acquisire documentazione clinica, cartelle cliniche o altri dati esistenti, necessari per la conclusione del giudizio di idoneità alla guida.

Firma _____ Data _____

Per i casi di revisione disposti dall'Autorità competente, è necessario allegare copia di tale atto.

CONCORSI

• La **Regione Veneto**, Assessorato alle Politiche Sanitarie bandisce il concorso **Azienda Sana - La salute in azienda 2004 - Un premio per le aziende del Veneto che investono in salute e sicurezza** per le categorie grandi aziende, PMI e studi professionali e aziende pubbliche. Le aziende, pubbliche e private, che intendono partecipare devono far pervenire la domanda (scaricabile dal sito www.aziendasana.it) **dal 18 ottobre 2004 al 28 febbraio 2005** a mezzo raccomandata A.R. alla Segreteria organizzativa del concorso "Azienda Sana - La salute in azienda 2004": Unindustria Venezia, Via delle Industrie n. 19, Venezia Marghera. - tel. 041 5499128 - fax 041 935952 - www.unindustria.venezia.it

• La **Fondazione ONAOSI**, con il patrocinio dell'Accademia Nazionale dei Lincei, bandisce per l'anno 2004 un concorso per l'assegnazione di 5 premi di cultura per neo-laureati, in onore del Fondatore Luigi Casati, di € 5.164,57 ciascuno. Le domande e la documentazione devono essere spedite all'ONAOSI, **entro il 31 gennaio 2005**.

BORSE DI STUDIO MEDICI Anno Accademico 2003/2004

Il decreto 1 aprile 2004 recante "**Determinazione del numero globale dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione nell'anno accademico 2003/2004 ed assegnazione delle borse di studio per l'anno accademico 2003/2004**" (G.U. n. 221 del 20 settembre 2004) emanato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 35 del D. Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli)

- recita che per l'anno accademico 2003/2004 **il fabbisogno dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione di medicina e chirurgia è determinato in 6.000 unità** (art.1);
- stabilisce che nell'ambito dei posti previsti dall'art. 1 debbano essere riservati 23 posti al Ministero della Difesa per esigenze della sanità militare e 31 posti al Ministero dell'Interno per esigenze della sanità della Polizia dello Stato (art. 2, comma 1);
- prevede che i posti riservati a medici stranieri provenienti da Paesi in via di sviluppo siano determinati in numero di 20 unità (art. 2, comma 2). Si specifica che detti medici debbano essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale nel Paese di provenienza;
- dispone che per usufruire dei posti riservati di cui all'art. 2 i candidati debbano aver superato le prove di ammissione previste dall'ordinamento della scuola (art. 3).
- **stabilisce che per l'anno accademico 2003/2004 il numero di borse di studio a carico del bilancio dello Stato sia di 5.490**, prevedendo che possano essere ammessi alle scuole di specializzazione medici in eccedenza, rispetto alle borse di studio finanziate, qualora sussistano risorse aggiuntive acquisite dalla università per far fronte ad esigenze evidenziate da singole Regioni (art. 4).

NUOVE RICETTE A LETTURA OTTICA

Nella Gazzetta Ufficiale n. 251 del 25 ottobre 2004 (Suppl. Ordinario N. 159) è stato pubblicato il decreto interministeriale 18 maggio 2004 attuativo dell'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 novembre 2003, n. 326.

L'art. 50 del D.L. 269/2003 introduce il nuovo sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. In particolare viene introdotta la nuova Tessera sanitaria, che potrà essere utilizzata nei Paesi dell'Unione Europea per ricevere l'assistenza sanitaria, e **la nuova ricetta a lettura ottica il cui utilizzo sarà obbligatorio dal 1° gennaio 2005.**

La Tessera sanitaria e la nuova ricetta saranno strumenti che consentiranno alle strutture sanitarie accreditate di trasmettere con modalità telematiche, i dati di ciascuna prestazione erogata e della relativa spesa, nel completo rispetto della normativa vigente della tutela della privacy.

In particolare il decreto 18 maggio 2004, concernente la definizione dei modelli ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, disciplina le caratteristiche e l'impiego del ricettario per l'erogazione di prestazioni sanitarie.

I nuovi ricettari, che saranno distribuiti a cura dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, debbono essere utilizzati per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia e per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Pertanto anche il libretto modulare per l'assistenza sanitaria agli assicurati di istituzioni estere in temporaneo soggiorno in Italia verrà abolito non appena sarà emanato il relativo decreto interministeriale.

Il decreto prevede che, in attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice fiscale a barre, sia consentito ai medici prescrittori di riportare in chiaro, nell'apposito spazio della ricetta, il codice fiscale dell'assistito.

GENETICA MEDICA

L'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: **"Linee-guida per le attività di genetica medica"** (Accordo ai sensi dell'art. 4, del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281) (G.U. n. 224 del 23 settembre 2004) è stato predisposto per fornire indicazioni condivise a livello nazionale, per garantire al cittadino livelli di assistenza appropriati in ordine all'esecuzione delle prestazioni. Copia disponibile presso la segreteria dell'Ordine.

PICCOLA COMUNITÀ ONLUS

La "Piccola Comunità" di Conegliano (Via P.Molmenti, 8 - Tel. 0438/411374) ente morale impegnato dal 1973 nella lotta alle dipendenze e nel prendersi cura di giovani sofferenti ed in difficoltà con 5 case nel Coneglianese e nell'Opitergino-Mottense, comunica la possibilità di effettuare donazioni, tutte detraibili fiscalmente ai sensi di legge. Per informazioni: tel. 0438/411734 - fax 0438/21872.

Contribuzione al Fondo Specialisti Esterni

La legge 23 agosto 2004, n. 243 (recante norme in materia pensionistica e deleghe al Governo nel settore della previdenza pubblica, per il sostegno alla previdenza complementare e all'occupazione stabile e per il riordino degli enti di previdenza ed assistenza obbligatoria...), pubblicata nella G.U. n. 222 del 21 settembre 2004, all'art. 1, commi 39 e 40 recita:

Le società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e le società di capitali, operanti in regime di accreditamento col Servizio Sanitario Nazionale, versano, a valere in conto entrata del Fondo di Previdenza a favore degli specialisti esterni dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici (ENPAM), un contributo pari al 2 per cento del fatturato annuo attinente a prestazioni specialistiche rese nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa sul Servizio Sanitario Nazionale. Le medesime società indicano i nominativi dei medici e degli odontoiatri che hanno partecipato alle attività di produzione del fatturato attribuendo loro la percentuale contributiva di spettanza individuale.

Restano fermi i vigenti obblighi contributivi relativi agli altri rapporti di accreditamento per i quali è previsto il versamento del contributo previdenziale ad opera delle singole regioni e province autonome, quali gli specialisti accreditati ad personam per la branca a prestazione o associazioni fra professionisti o società di persone.

Con la suddetta legge si è ottenuto il duplice risultato:

1. aumento delle entrate contributive al Fondo Specialisti esterni;
2. opportuno sostegno all'equilibrio finanziario della gestione che, come rilevato dalla Corte dei Conti, dai Ministeri vigilanti e dalla Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale, evidenzia da anni una situazione di disavanzo.

AUDIOLOGIA E FONIATRIA

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 224 del 23 settembre 2004 è stato pubblicato l'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende Sanitarie, ai sensi dell'art. 4 comma 1 del Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 - Individuazione della disciplina "**Audiologia e foniatria**". L'accordo in esame inserisce la disciplina di "audiologia e foniatria" tra quelle nelle quali possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali di struttura complessa nelle Aziende Sanitarie per la categoria professionale dei medici - area della medicina diagnostica e dei servizi.

RINNOVO ELENCHI DISPONIBILITÀ PER SOSTITUZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Nel prossimo mese di gennaio 2005 verranno rinnovati gli elenchi per le sostituzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Gli interessati sono invitati a compilare il modulo pubblicato ed inviarlo, anche a mezzo fax (0422 541637), purchè ben leggibile, alla Segreteria dell'Ordine.

✂-----

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____

È DISPONIBILE

**per l'anno 2005 ad effettuare sostituzioni di medici di medicina generale/pediatr
tri di libera scelta delle seguenti ULSS** _____

**Dichiara inoltre che, qualora venisse meno tale disponibilità prima della sca
denza annuale (31/12/2005), si impegna a darne immediatamente comunicazio
ne all'Ordine dei Medici di Treviso.**

Data _____ **Firma** _____

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei possibili disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.
- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari - dichiarati- nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

CORSI DI INFORMATICA E INGLESE

Richiesto accreditamento ECM

Quest'Ordine ha organizzato, in collaborazione con ENAIP (Ente Servizi Formativi della Provincia di Treviso) Treviso, Via S.Nicolò n. 42, dei corsi di informatica e di inglese con le seguenti caratteristiche:

Informatica (Word, Excel, Power Point): n. 50 ore; costo **€ 350,00**
max 12 partecipanti per corso

Inglese: n. 40 ore; costo **€ 300,00** - max 10 partecipanti per corso

- **Sede dei corsi**: ENAIP - Treviso, Via S.Nicolò n. 42
- **Giorni e orari**: da definire (i corsi possono essere effettuati dal lunedì al venerdì dalle ore 19 in poi e al sabato mattina: per l'informatica le lezioni dureranno 3 ore al giorno, mentre per l'inglese le lezioni saranno di 2 ore al giorno).
- **Inizio dei corsi**: da definire appena raggiunto il numero minimo di adesioni.
- **Pagamenti**: a mezzo assegno bancario o bonifico (il 50% all'atto dell'iscrizione e il restante 50% a metà corso). Verrà rilasciata regolare fattura (il costo indicato è **esente IVA**) fiscalmente detraibile in quanto aggiornamento professionale.
- Sono stati **richiesti i crediti ECM**.

I colleghi interessati ai corsi sono pregati di compilare e restituire all'Ordine **entro e non oltre il 31 dicembre 2004** l'allegato questionario:

Dott. _____

residente in _____ Via _____

Tel. abit. _____ Cellulare _____

desidera iscriversi ai seguenti corsi:

1) Informatica

2) Inglese

Giorni e orari preferibili delle lezioni (saranno scelti i giorni e gli orari che saranno indicati dalla maggioranza):

Lunedì	inizio ore	<input type="checkbox"/> 19,00	<input type="checkbox"/> 19,30	<input type="checkbox"/> 20,00	<input type="checkbox"/> 20,30
Martedì	inizio ore	<input type="checkbox"/> 19,00	<input type="checkbox"/> 19,30	<input type="checkbox"/> 20,00	<input type="checkbox"/> 20,30
Mercoledì	inizio ore	<input type="checkbox"/> 19,00	<input type="checkbox"/> 19,30	<input type="checkbox"/> 20,00	<input type="checkbox"/> 20,30
Giovedì	inizio ore	<input type="checkbox"/> 19,00	<input type="checkbox"/> 19,30	<input type="checkbox"/> 20,00	<input type="checkbox"/> 20,30
Venerdì	inizio ore	<input type="checkbox"/> 19,00	<input type="checkbox"/> 19,30	<input type="checkbox"/> 20,00	<input type="checkbox"/> 20,30
Sabato	inizio ore	<input type="checkbox"/> 9,00	<input type="checkbox"/> 9,30	<input type="checkbox"/> 10,00	<input type="checkbox"/> 10,30

Il sottoscritto preferisce: 1 lezione alla settimana 2 lezioni alla settimana

Data _____

Firma _____

... ALTRI CORSI DI INGLESE

WALL STREET INSTITUTE

Wall Street Institute di Treviso - Via IV Novembre, 85 organizza dei corsi previo test preliminare, gratuito e senza impegno, per stabilire secondo i parametri Wall Street il grado di conoscenza già esistente e poter determinare una serie di programmi individuali differenziati per durata e obiettivo linguistico.

Il costo dei corsi è variabile in funzione del programma prescelto e la Wall Street concederà ai Medici ed agli Odontoiatri la gratuità della quota di iscrizione e del materiale didattico (pari a € 150,00).

Per maggiori informazioni ed eventuali iscrizioni contattare la Sig.ra Manuela Zucchini del Centro Wall Street allo 0422 546813.

MIAMI LANGUAGE CENTER

Il Miami Language Center di Dosson di Casier (TV) - Via A. Moro, 4 organizza dei corsi di inglese come segue:

- corso di gruppo "Sandwich Method" di 35 ore per una durata totale di circa 4 mesi al costo di € 110,00 al mese.
Accreditamento ECM: 23 punti

Per maggiori informazioni ed eventuali iscrizioni telefonare allo 0422 490213.

BRITISH INSTITUTES

British Institute di Treviso - Via Avogari, 27 organizza dei corsi di inglese, tedesco e spagnolo con lo sconto del 10% per medici e loro familiari:

Per maggiori informazioni ed eventuali iscrizioni telefonare allo 0422 412403.

OXFORD SCHOOL

L'Oxford School of English di Treviso - Vicolo Biscaro, 1 organizza dei corsi di inglese con le seguenti modalità:

- corsi standard di 90 ore (collettivi con massimo 10 partecipanti) al costo complessivo di € 620,00
- corsi di lingua generale con possibilità di utilizzare testi di medicina a livello intermedio al costo di € 42,00 all'ora per un minimo di 45 ore di lezione;
- lezioni individuali: costo € 29,00 all'ora per un pacchetto di 40 ore + tassa di iscrizione di € 50,00 comprensiva dei testi.

Per maggiori informazioni ed eventuali iscrizioni rivolgersi all'Oxford School - Sig.ra Rosanna Varuzza (tel. e fax 0422 544242).

Graduatoria Regionale per la Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale per l'anno 2006

Si ricorda che ai sensi dell'art. 2 del DPR 28 luglio 2000, n. 270:

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente accordo sono tratti da una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione della graduatoria.
2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria di cui al precedente comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
 - a) iscrizione all'albo professionale;
 - b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8.8.1991, n. 256 e del 17.8.1999 n. 368.
3. **Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'assessorato alla sanità della regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.**
4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.
5. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria o autocertificazione o dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.
6. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.
7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone una graduatoria regionale da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo del 8.8.1991, n. 256 ed al Decreto Legislativo del 17.8.1999 n. 368.
8. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.
9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla sanità.

Moduli a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabili dal sito www.ordinemedicitreviso.org entro i primi giorni del mese di gennaio.

Graduatoria Provinciale per la Specialistica Ambulatoriale per l'anno 2006

Si ricorda che ai sensi dell'art. 8 del DPR 28 luglio 2000 n. 271:

1. Lo specialista, qualora aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario come sostituto o incaricato a tempo determinato ai sensi del "Protocollo aggiuntivo" di cui all' "Allegato n. 1", **deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno - a mezzo raccomandata A.R. o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato Zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico** - apposita domanda redatta su modello conforme all'allegato B.
2. Qualora la Azienda comprenda Comuni di più Province la domanda deve essere inoltrata al Comitato Zonale della Provincia in cui insiste la sede legale dell'Azienda.
3. La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi della legge 4.1.1968 n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, atte a provare il possesso dei titoli accademici e professionali elencati nella dichiarazione stessa (Allegato B).
4. La domanda deve essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.
5. Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:
 - a) non aver superato il 50° anno di età. Tale limite di età non opera per coloro che siano già titolari di incarico ai sensi del presente Accordo;
 - b) essere iscritto all'Albo Professionale;
 - c) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche specialistiche previste nell'allegato "A"; il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle Branche principali della specialità, come indicato nell'allegato "A"; per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla legge n. 409/85.
6. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato "A".
7. Il Comitato di cui all'art. 11, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede entro il 15 giugno alla formazione per ciascuna branca specialistica e con validità annuale di una graduatoria per titoli, da valutare secondo i criteri di cui all'allegato "A", parte seconda.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato ne cura la pubblicazione mediante affissione in apposito Albo per la durata di 15 giorni, e contemporaneamente la inoltra all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri.
9. Entro 15 giorni successivi all'ultimo giorno di pubblicazione gli interessati

possono inoltrare mediante raccomandata A.R. istanza motivata di riesame al Direttore Generale di cui al comma 8, il quale procede al riesame delle graduatorie, su conforme parere del Comitato medesimo e le approva con apposita delibera provvedendo alla loro pubblicazione entro 30 giorni successivi alla scadenza del termine predetto.

10. Le graduatorie definitive, approvate, sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 15 dicembre di ciascun anno.
11. La pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle Aziende.
12. L'Assessorato regionale alla sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri e alle Aziende sedi dei Comitati di cui all'art. 11.
13. Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Moduli a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabili dal sito www.ordinemedicitreviso.org entro i primi giorni del mese di gennaio.

Graduatoria Regionale per la Pediatria di libera scelta a valere dal 1° luglio 2005 al 30 giugno 2006

Si ricorda che ai sensi dell'art. 2 del DPR 28 luglio 2000 n. 272:

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente Accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale. Le Regioni, d'intesa con le Organizzazioni sindacali più rappresentative a livello regionale, possono, in via sperimentale, adottare procedure che consentano la predisposizione di graduatorie aziendali redatte ai fini dell'attribuzione degli incarichi di cui al presente Accordo.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie regionali devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
 - a) iscrizione all'albo professionale;
 - b) diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in pediatria o discipline equipollenti.
3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione in cui intendono prestare la loro attività, salvo diversa determinazione regionale di cui al comma 1), una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarato o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.
4. Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.
5. Il pediatra che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria, o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

6. L'amministrazione regionale, salvo diversa determinazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predisponde una graduatoria regionale da valere per un anno, specificando, a fianco di ciascun nominativo il punteggio conseguito e la residenza.
7. La graduatoria è resa pubblica, di norma, entro il 30 aprile sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Amministrazione regionale istanza in carta libera di riesame della loro posizione in graduatoria.
8. La graduatoria regionale, è approvata in via definitiva entro il 30 giugno dall'amministrazione regionale e pubblicata sul BUR.
9. La graduatoria ha valore dal 1° giorno del mese di luglio dell'anno in corso al 30 giugno dell'anno successivo.

Moduli a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabili dal sito www.ordinemedicitreviso.org entro i primi giorni del mese di gennaio.

CORTE DI CASSAZIONE

Valutazione di colpevolezza del medico ospedaliero

Responsabilità del medico ospedaliero e valutazione del grado di colpevolezza; richiesta di danni nei confronti degli eredi del sanitario colpevole; onere della prova.

La norma che limita la responsabilità del professionista ai soli casi di dolo o colpa grave quando la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, perchè trascendono la preparazione media o perchè non sono stati ancora studiati a sufficienza o dibattuti con riguardo ai metodi da adottare, si riferisce solo all'imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza.

Nella responsabilità professionale del medico chirurgo, compete a quest'ultimo, se il caso affidatogli non sia di particolare complessità, provare che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrarne la colpa.

Un ragionevole dubbio è sufficiente a scagionare il medico

La quarta sezione penale della Corte di Cassazione, con sentenza n. 41654 depositata il 26.10.2004, ha sancito che non si può più condannare un medico sulla base della mera "probabilità" della sua condotta: infatti dopo la c.d. "sentenza Franzese" delle Sezioni Unite n. 30328/2002 la regola è quella della verifica del nesso di causalità secondo il "giudizio di alta o elevata credibilità razionale" dell'accertamento giudiziale che provi, al di là di ogni ragionevole dubbio, che il comportamento del medico sia stato "condizione necessaria" del danno al paziente.

Abbiamo il piacere di comunicare che la dott.ssa **Maria Luisa Fontanin** è stata nominata dal Consiglio dell'Ordine componente della Consulta Femminile in seno alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Treviso.

APPUNTAMENTI SCIENTIFICI

- **11-12 novembre e 9-11 novembre 2004** organizzato dal Dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale Ca' Foncello International Workshop **"Endoanal and Endorectal Ultrasonography"** e **V Corso di Ecografia Endoanale ed Endorettale** presso la Sala Riunioni Ospedale Ca' Foncello di Treviso.
- **11-13 novembre 2004** Congresso Nazionale dell'AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani) **Medicina e dignità umana - I medici promotori di salute e strumenti di salvezza** a Bari presso l'Hotel Excelsior. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 06 6873109-06 6873205.
- **18-19 novembre 2004** organizzato dall'Azienda ULSS N. 7 e dall'Accademia Medico Giuridica delle Venezie 5° Convegno **Giornate Vittoriesi in Medicina Legale** presso l'Aula Magna Collegio S. Giuseppe di Vittorio Veneto. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 0422 918722 - 0438 664391.
- **19-20 novembre 2004** XIII Congresso Nazionale AIMeC **Il ciclista master: tutela della salute, valutazione funzionale e limiti prestativi** a Castelfranco Veneto presso l'Hotel Fior. Per informazioni: dott. F. Susanna fax 0422 629799 - cell. 335 357002.
- **20 novembre 2004** presso la Sala Riunioni dell'Ospedale di Treviso, **LA, B, C dell'Osteoporosi** organizzato dalle Unità Operative I e II Divisioni Mediche dell'Ospedale Regionale di Treviso. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: tel. 0422 322230 - fax 0422 322314.
- **20 novembre 2004** Corso di aggiornamento organizzato dall'U.O. di Pronto Soccorso dell'ULSS N. 7 **Le emergenze pediatriche** a Vittorio Veneto. Per informazioni: dott. S. Conigliaro U.O. Pronto Soccorso Conegliano.
- **25-26 novembre 2004** Convegno **La disabilità al femminile, aspetti riabilitativi nei percorsi di vita** c/o Sala Palladio, Fiera di Vicenza, organizzato dall'U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di Vicenza. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: dott. De Marco 347 8185973 o Coop. Solidale 0444 937294.
- **26 novembre 2004** Corso **Andropausa o Andropaura?** organizzato dalla Casa di Cura paraospedaliera Città di Udine c/o la stessa Casa di Cura. Assegnati n. 2 crediti ECM. Per informazioni: tel. 0432 205863 - fax 0432 531919
- **26 novembre 2004** **Giornata della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale e**
- **27 novembre 2004** **Giornata della Formazione continua della Medicina Convenzionata** a Treviso presso il Boscolo Hotel Maggior Consiglio, organizzato dal Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 0422 323976/77.
- **26-27 novembre 2004** VI Convegno trevigiano sulla trombosi **La terapia della malattia tromboembolica venosa nuovi farmaci, nuovi scenari?** organizzato

dal Comitato per la malattia tromboembolica dell'ULSS N. 9, presso il Centro Congressi Park Hotel di Monastier. Per informazioni: 0422 328142.

• **27-28 novembre 2004** Corso di Aggiornamento ***Patologia osteo articolare - Nuovi approcci chirurgici e riabilitativi*** presso sala Consiliare Comune di Domegge di Cadore. Richiesti crediti ECM.
Per informazioni: 051 320170

• **Il 1° dicembre 2004** alle ore 18,30 presso la propria sala riunioni, l'Ospedale San Camillo di Treviso presenterà il nuovo seminario di Consulenza e Mediazione alla coppia e alla famiglia avviato da settembre dalle pedagogiste cliniche dott.ssa T. Frescura e dott.ssa L. Boranga.

• **10 dicembre 2004** Convegno Nazionale ***La prospettiva etica nella continuità della cura: dall'ospedale al territorio*** organizzato dall'Azienda ULSS N. 7; si terrà a Vittorio Veneto. Per informazioni: 0438 664391.

• **10-11 dicembre 2004** Convegni organizzati dall'U.O. Clinicizzata di Gastroenterologia dell'Ospedale Regionale di Treviso ***Alcol e apparato digerente e Alcol e Salute*** presso la Sala Convegni dell'Ospedale.
Richiesti crediti ECM. Per informazioni: dott. F. Monica tel. 322446.

• **18 dicembre 2004** Corso ***L'oculista incontra il medico di medicina generale*** organizzato dalla Casa di Cura paraospedaliera Città di Udine c/o la stessa Casa di Cura. Assegnati n. 4 crediti ECM.
Per informazioni ed iscrizioni: 0432 205863 - fax 0432 531919.

• **18 dicembre 2004** ***Il Comitato per la Bioetica nella Regione Veneto - Bilancio di un'esperienza e prospettive future*** organizzato dal Comitato Consultivo regionale per la Bioetica, c/o Palazzo Labia - Venezia.
Per informazioni: 049 659330.

• **Il 21 dicembre 2004** dalle ore 14 alle ore 17 presso l'aula magna Palazzina dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera di Padova si terrà un corso di aggiornamento con accreditamento ECM su ***Le malattie rare: strategie programmatiche e percorsi assistenziali. L'esperienza della Regione Veneto.***
Per informazioni: 049 8215700 - fax 049 8215701.

• **15 gennaio 2005** Corso di aggiornamento ***Gammopatie monoclonali di significato non determinato (MGUS)*** organizzato dalla U.O. di Medicina Generale dell'Ospedale Riabilitativo di Motta di Livenza, presso Villa Rietti Rota di Motta di Livenza. Per informazioni: 0422 867206.

• **28 gennaio 2005** Convegno organizzato dal Comitato per la Bioetica della ULSS 8 ***La dimensione etica nella pratica clinica*** a Castelfranco Veneto presso l'Hotel Fior. Per informazioni: dott.ssa Cavalli N. tel. 0423 732678

• **febbraio 2005** ***Corso sulla Responsabilità professionale*** organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso, c/o la sede dell'Ordine. Richiesti crediti ECM.

• **4 marzo 2005** Il Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente (A.M.A.M.I.) sul tema **“La classe medica sotto processo: patologia di un diritto”**

Per informazioni: tel. 068082454 - Fax 06 8072351.

• **19 marzo 2005** Convegno Scientifico **“Il futuro della Chirurgia nell'Ospedale Periferico”** presso Aula Magna del Seminario Vescovile di Vittorio Veneto, organizzato dalla U.O. di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto. Per informazioni: 0438 665279.

• Il 2° Master in **Management del paziente geriatrico a rischio di disabilità o disabile** si terrà a Roma dal mese di gennaio-febbraio 2005.

Il master è riservato a studenti in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, in psicologia clinica, diploma universitario per infermiere professionale, diploma universitario di riabilitazione, secondo l'attuale normativa e del diploma di laurea triennale/specialistica conseguita presso Università Italiane o titolo equipollente. L'ammissione al master è regolata da una selezione per titoli: sono messi a concorso 25 posti. La scadenza per l'iscrizione: dicembre 2004. Per informazioni: 347 5396716; fax 06-4456316

• **30 marzo - 2 aprile 2005** Conferenza Internazionale a Firenze, organizzata dalla Società italiana di ergonomia, Società italiana per la verifica e la qualità in sanità, Azienda sanitaria Firenze, Agenzia regionale di sanità, Regione Toscana, Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Toscana ed altri Enti. Richiesti crediti ECM.

Per informazioni: 055.33611.

VITTIME DEL TERRORISMO - Legge 206/204

Esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica

La Regione Veneto con circolare prot. n. 711510/50070201 del 2.11.2004 ha chiarito che:

• i soggetti che, a causa di atti di terrorismo o di stragi di tale matrice, abbiano subito una invalidità permanente pari o superiore all'80% sono equiparati ai grandi invalidi di guerra.

Pertanto, analogamente a questi ultimi, tali soggetti sono esentati sia dal pagamento della quota fissa di € 2 a confezione sia dal pagamento della differenza tra il prezzo di riferimento e il prezzo del farmaco consegnato.

Possono inoltre usufruire della prescrizione, con onere a carico del SSN, dei farmaci di fascia C che il medico ritenga indispensabili.

• gli invalidi con invalidità inferiore all'80%, nonché i familiari di tutti gli invalidi vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice (inclusi i familiari dei deceduti), limitatamente al coniuge e ai figli e, in mancanza dei predetti, ai genitori, sono esentati unicamente dal pagamento della quota fissa di € 2 a confezione.

MA COSA FA L'ORDINE ?

Nei mesi di settembre e ottobre 2004 l'Ordine ha:

- ricevuto n. 483 lettere
- spedito n. 281 lettere
- iscritto all'Albo Medici Chirurghi n. 11 Colleghi
- iscritto all'Albo Odontoiatri n. 2 Colleghi
- cancellato dall'Albo Medici Chirurghi n. 6 Colleghi
- cancellato dall'Albo Odontoiatri n. 1 Collega
- approvato n. 19 parcelle
- approvato n. 13 pratiche di pubblicità sanitaria

Il Consiglio dell'Ordine si è riunito 2 volte

La Commissione Albo Odontoiatri si è riunita 1 volta

Il Presidente dell'Ordine ha sentito 1 Collega (denuncia alla Magistratura).

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri ha sentito 2 Colleghi (presunto prestanomismo; rapporti con i pazienti).

Ci sono state 3 riunioni di Commissione dell'Ordine

Il Presidente è intervenuto con articoli e/o interviste presso la stampa:

19.9.2004	La Tribuna	<i>Caso Glaxo, medici al contrattacco</i>
13.10.2004	Il Sole 24 Ore Nordest	<i>I medici curano l'immagine ferita</i>

Il Presidente ha partecipato:

- 7 settembre Comitato di redazione
- 10 settembre "Seminario di aggiornamento sulle patologie vertebrali" Castelfranco Veneto
- 14 settembre Comitato di redazione
- 16 settembre "La terapia del dolore da metastasi ossea" Treviso
- 18-19 settembre Federazione Regionale, Abano T.
- 23 settembre incontro con ONAOSI
- 23 settembre Commissione aggiornamento
- 24 settembre Audizione medico (per denuncia magistratura)
- 25 settembre Federazione Regionale, Abano T.
- 28 settembre Consiglio Ordine
- 29 settembre incontro commercialista per nuova sede
- 29 settembre Assemblea SUMAI
- 8 ottobre Congresso FIMMG-SIMeF, Villasimius
- 15 ottobre consulto con legale per caso Glaxo
- 22 ottobre Seminario nazionale SICOA "Cuore e Polmone" Treviso
- 23 ottobre 1° Convegno delle Scuole di Dermatologia del nord-est, Treviso
- 23 ottobre "Il disagio medico" Tavola rotonda su "Quali proposte dalle Istituzioni sanitarie e professionali" Ordine Medici Udine
- 26 ottobre incontro Medici Fiscali
- 26 ottobre Consiglio Ordine
- 29-30 ottobre Congresso ONAOSI, Perugia.

CONSIGLIO DELL'ORDINE

Seduta del 28 settembre 2004

Presenti i Consiglieri: Gorini (Presidente), Parenti (Segretario), Codognotto Capuzzo (Tesoriere), Bucci, Giannuzzi, Orazio, Pandolfo, Penco, Rossi, Zappia.

Assenti: Frezza, Bazzera, Favretto, Gallucci, Gobbato, Valerio, Zorzi.

Presenti i Revisori dei Conti: Rizzato, Susanna

APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Viene letto e approvato il verbale della riunione del 14 luglio 2004.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- 1) Il Giornale dell'Ordine (n. 5/2004) è pronto per essere stampato. Il Presidente fa notare la scarsa partecipazione alle riunioni del Comitato di Redazione.
- 2) È stato comunicato alle Società Scientifiche della nostra Provincia che l'Ordine è provider per qualsiasi argomento ed offre la propria collaborazione per l'organizzazione di eventi ECM
- 3) Anagrafica ed ECM: il Presidente riferisce sugli incontri avuti all'Ordine di Venezia il 28 luglio ed il 2 settembre 2004. Si ritiene che nella parte anagrafica il professionista non sia libero di indicare quello che vuole ma che debba sempre rifarsi alle prescrizioni della legge n. 175/92.
- 4) Il Presidente riferisce in merito alla richiesta del Ministero della Salute di sottoporre a procedimento disciplinare il dott. Mario Falconi ed a come si è arrivati a tale richiesta.
Il Consiglio dell'Ordine, dopo ampia discussione, delibera di prendere posizione sulla questione rappresentando alla FNOMCeO la posizione di Treviso (v. pag. 7).
- 5) Richiesta del 30 luglio 2004 dell'Associazione Nazionale Consulenti del Lavoro di Treviso: il Consiglio dell'Ordine delibera di non dar seguito alla iniziativa proposta.
- 6) La Regione Veneto sta predisponendo un protocollo con le Università di Padova e di Verona in merito ai reparti ospedalieri clinicizzati.
- 7) Il Presidente illustra una proposta di accordo Università di Padova e Verona/Regione/Ordini del Veneto in merito agli esami di abilitazione ex D.M. 445/01.
- 8) Nuova sede dell'Ordine: il Presidente riferisce che domani 29 settembre p.v. ci sarà un incontro per esaminare la forma di appalto dei lavori.
- 9) Il Presidente comunica che verranno ripetuti i corsi di informatica e di inglese e si cercherà di stipulare una convenzione con le più importanti scuole private di lingue straniere (v. pagg. 26-27).
- 10) Viene segnalato che in uno spot pubblicitario l'Associazione Italiana Donne Medico consiglia l'acqua minerale Rocchetta.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. XY

Il Presidente relaziona sull'audizione del dott. XY.

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

L'assemblea ordinaria annuale degli iscritti si terrà sabato 11 dicembre 2004, con inizio alle ore 10 presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso.

INIZIATIVE GIÀ ADOTTATE DALL'ORDINE IN MERITO AL CASO GLAXO

L'Ordine ha inoltrato in data 21 luglio 2004 tramite l'Avv. Piero Barolo di Treviso atto di denuncia-querela alla Procura della Repubblica di Padova ed alla Procura Generale presso la Corte di Appello di Venezia per i seguenti reati:

- **art. 595-57 c.p.** in combinato disposto con l'art. 13 della legge 8 febbraio 1948 n. 47 per la diffamazione a mezzo stampa compiuta in danno all'onore ed al prestigio della categoria professionale rappresentata dall'Ordine dei Medici della Provincia di Treviso;
- **art. 684 c.p.** nell'eventualità che venga accertata la pubblicazione di atti o documenti di cui fosse, al tempo degli articoli citati in narrativa, vietata per legge la pubblicazione;
- **art. 326 c.p.** e **art. 379 bis c.p.** nei confronti di coloro che dovessero risultare responsabili della rivelazione di notizie d'ufficio segrete e/o di segreti inerenti il procedimento penale nonché di qualsivoglia altro reato ravvisato nei fatti sopra esposti e negli articoli di giornale allegati.

Inoltre in data 12 agosto 2004 l'Ordine ha inoltrato al Garante per la Privacy un esposto per violazione delle norme e dei principi sulla riservatezza dei dati personali. Nel prossimo numero del Giornale dell'Ordine (n. 5/2004) sarà data notizia delle suddette iniziative adottate dall'Ordine in merito al Caso Galxo affinché tutti gli iscritti ne siano a conoscenza.

PROGRAMMA 2004/2005 DELLA COMMISSIONE PER L'AGGIORNAMENTO

Il dott. Penco, coordinatore della Commissione dell'Ordine per l'aggiornamento, dà lettura ed illustra il programma di attività per il 2004/2005 che si compendia nelle seguenti iniziative:

- 1) "Urgenze psichiatriche" - Resp. dott.ssa Barbon
- 2) "Argomenti di Medicina Legale" - Resp. dott.ssa Barbon
- 3) "Argomenti di patologia vascolare" - Resp. dott. Bruschi
- 4) "Incontri di Bioetica" - Resp. dott. Dei Tos
- 5) "Trombosi venosa superficiale" - Resp. dott. Bruschi

DELIBERA AMMINISTRATIVA

Il Consiglio dell'Ordine, udita la relazione del Tesoriere, delibera di acquistare delle attrezzature informatiche.

VARIAZIONI AGLI ALBI

Il Consiglio dell'Ordine delibera le seguenti variazioni agli Albi:

Iscrizioni all'Albo dei Medici Chirurghi:

Barzan Alessandra	I iscrizione
Bordignon Marta	I iscrizione
Conte Silvia	I iscrizione
Farina Andrea	Trasferito dall' Ordine di Verona
Franceschi Giorgio	I iscrizione
Gatto Annalisa	I iscrizione
Pansera Domenico Pietro	Trasferito dall'Ordine di Reggio Calabria

Vivarelli Gisella	Trasferita dall'Ordine di Venezia
Zanardo Claudio	I iscrizione
Zanato Silvia	I iscrizione

Iscrizioni all'Albo degli Odontoiatri:

Segnini Paolo	Trasferito dall'Ordine di Pisa
---------------	--------------------------------

Cancellazione dall'Albo Medici Chirurghi:

Alessandrini Hugo	Dimissioni
Basso Antonio	Dimissioni
Colombo Giorgio	Dimissioni
Donadon Enrico	Dimissioni
Foscolini Carlo	Deceduto (Doppia iscrizione)
Giuliotto Nadia	Dimissioni
Novello Guido	Deceduto (Doppia iscrizione)
Porati Umberto	Deceduto
Tessarolo Nicodemo	Dimissioni
Tommaseo Ponzetta Tommaso	Dimissioni
Tubia Iginio	Dimissioni solo dall'Albo dei Medici Chirurghi mantenendo l'iscr. all'Albo degli Odontoiatri
Zecchin Benito	Dimissioni

Cancellazione dall'Albo degli Odontoiatri:

Da Re Roberta	Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscr. all'Albo dei Medici Chirurghi
Foscolini Carlo	Deceduto (Doppia iscrizione)
Novello Guido	Deceduto (Doppia iscrizione)

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Seduta del 21 settembre 2004

Presenti: Orazio (Presidente), Codognotto Capuzzo (Segretario f.f.), Guarini, Stellini, Uzzielli

APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Viene letto ed approvato il verbale della riunione del 13 luglio 2004.

CELEBRAZIONE PROCEDIMENTO DISCIPLINARE A CARICO DEL DOTT. XY

La Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri di Treviso, ha trattato e deciso il procedimento disciplinare a carico del Dott. XY per il seguente addebito: "Aver permesso e favorito, nel proprio studio sito in ... (TV) - Via ..., l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica da parte della Sig.ra ...".

La Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri di Treviso dichiara che il Dott. XY ha violato l'art. 8 della legge 5 febbraio 1992 n. 175 nonché i principi della deontologia medica ed ha gravemente menomato il decoro e l'immagine della categoria e pertanto visto l'art. 8 della legge 5.2.1992 n. 175 e l'art. 38 e segg. del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221, delibera di infliggere al Dott. XY la sanzione disciplinare della "**Interdizione dall'esercizio della professione di odontoiatra per la durata di anni 1 (uno)**".

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. AB

La Commissione delibera, all'unanimità, l'archiviazione del caso.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. CD

La Commissione delibera, all'unanimità, l'archiviazione del caso.

APPROVAZIONE PARCELLE

La Commissione delibera di approvare n. 17 parcelle odontoiatriche.

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

Dott. PIZZOLON FRANCESCO
MEDICO CHIRURGO

Master Universitario in Medicina Manuale

GODEGA DI SANT'URBANO (TV)
Telefono 0438 783096 - Cell. 348 3037004

Aut. Comune n. 9 del 28.8.2004

COMMENTARIO AL CODICE DI DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

a cura del dott. Diego Codognotto Capuzzo

CAPO III

OBBLIGHI PECULIARI DEL MEDICO

Art. 9

Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale appresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;*
- b) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;*
- c) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.*

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione. La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Commento

L'art. 9 dedicato al segreto professionale è stato redatto tenendo anche conto della legge n. 675 del 1996, che istituisce l'Autorità del Garante per la tutela dei dati personali. Come è noto il segreto professionale è tradizionalmente uno dei doveri fondamentali del medico e una delle regole essenziali della deontologia.

La legge 675/96 non costituisce altro che un rafforzamento dei compiti che già il medico era tenuto a osservare per quanto riguarda la tutela dei dati e delle notizie relative ai propri pazienti.

A questo riguardo occorre notare come tra le cause che costituiscono "giusta causa" di rivelazione del segreto professionale è stato aggiunto un punto c) che prevede la possibilità di derogare alle norme sul segreto professionale, laddove esista l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi anche in caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

Si è inteso con tale modificazione sancire che, per la deroga al segreto professionale, è necessario sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi sia l'autorizzazione del Garante.

Questa autorizzazione può discendere sia dal provvedimento generale (autorizzazione n. 2 del 1997) sia da una richiesta specifica che il medico può inoltrare.

Un'altra modifica rispetto alla precedente stesura dell'art. 9 concerne l'ultimo comma che sancisce "La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo". Si è voluto specificare, con la massima chiarezza, un concetto che pure poteva ritenersi per certi versi implicito anche nella precedente stesura dell'articolo. Il medico, quand'anche cessasse la propria attività e chiedesse la cancella-

zione dall'albo, non può ritenersi esentato dal rispetto del segreto professionale. È questa una considerazione abbastanza importante considerando che le rivelazioni concernenti la salute e i dati sensibili di alcuni pazienti potrebbero riguardare, inoltre, soggetti molto noti al pubblico e vi potrebbe essere un interesse economico per il medico, anche se non più professionalmente in attività, a utilizzare alcune conoscenze acquisite durante la propria vita professionale anche per scopi di lucro non certo commendevoli. Il segreto professionale, che, come è noto, è anche previsto dal codice penale (artt. 326 e 622) è un obbligo imposto a determinati professionisti di non divulgare notizie di cui sono venuti a conoscenza a cagione della loro professione. È chiaro che la norma penale si riferisce anche ad avvocati, magistrati, commercialisti ed altri ma è altrettanto chiaro che per il medico la problematica del segreto professionale è particolarmente importante considerando la delicatezza del rapporto che si instaura fra medico e paziente. Il segreto professionale viene definito dal punto di vista giuridico una relazione che intercorre fra la conoscenza di cose e fatti e un determinato soggetto. Il paragone fra norma deontologica e norma penale, è indubbiamente necessaria, ma occorre mettere in risalto alcune sostanziali differenze. Ai sensi dell'art. 622 del codice penale, infatti, la rivelazione del segreto professionale è punibile solo se ne possa derivare nocumento. Il codice deontologico, invece, nel confermare l'importanza strettamente etica del principio stesso, non fa questa distinzione e prevede, quindi, la sanzionabilità del comportamento del medico anche quando dalla rilevazione non derivi danno ad alcuno. Nel secondo comma dell'art. 9 è, peraltro, prevista la particolare riprovazione della divulgazione del segreto professionale fatta a scopo di lucro oppure al fine di arrecare specifico nocumento: ciò non toglie che la violazione dell'obbligo sussista anche senza queste specifiche caratteristiche dolose. Un'altra distinzione da fare è quella concernente l'esimente generale della giusta causa, prevista dall'art. 622 del c.p., e

non dall'articolo 9 del codice deontologico. Questa differenza porta molti a ritenere che anche in questo caso la norma deontologica sia più rigorosa rispetto a quella penalistica che, attraverso l'esimente della giusta causa, permette al professionista di valutare i casi in cui possa ignorare l'obbligo del segreto professionale. In realtà la dottrina prevalente ritiene che le deroghe espresse sotto i punti a) e b) del terzo comma dell'articolo in commento costituiscano non un sistema chiuso e tassativo, ma un'elencazione esemplificativa passibile quindi di interpretazione estensiva quando sussistano situazioni analoghe e similari. In realtà, a prescindere dalla valutazione che si voglia dare del problema, non può non sottolinearsi che anche in questo caso il codice deontologico sembra obbligare il medico con estremo rigore al rispetto del segreto professionale considerato uno dei cardini della professione sin dai tempi del giuramento di Ippocrate.

Esaminando le deroghe previste dal comma 2° dell'art. 9, del codice deontologico, occorre innanzi tutto chiarire che il medico, in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, è tenuto (v. artt. 331, 334, cpp e artt. 365, 384 c.p.) alla denuncia del reato di cui sia a conoscenza per motivo della sua funzione o al referto (cioè l'indicazione della persona alla quale è stata prestata assistenza, e, se è possibile delle sue generalità del luogo dove si trovi attualmente e quant'altro valga a identificarla nonchè del luogo, del tempo e delle altre circostanze dell'intervento).

La denuncia e il referto devono essere portati a conoscenza dell'autorità giudiziaria e quindi costituiscono indubbiamente deroghe all'obbligo del segreto professionale.

Il motivo è evidente e consiste nell'assoluta priorità dell'esigenza di giustizia sulle pur importanti motivazioni di riservatezza che costituiscono l'essenza dell'obbligo del segreto professionale. In alcuni casi, come specifica l'articolo, il medico è anche tenuto ad alcune certificazioni obbligatorie o facoltative che possono costituire anch'esse deroghe all'obbligo del segreto. Il secondo tipo di deroghe, quelle cioè previste dalla lett. b) del

terzo comma dell'articolo in commento, si basa sul c.d. consenso dell'avente diritto; cioè quando lo stesso interessato (il malato o i legali rappresentanti del minore o dell'incapace) autorizzi o addirittura richieda la divulgazione di notizie coperte dal segreto professionale. In questo caso si applica un principio generale della scienza penalistica, previsto all'art. 5 del c.p. che testualmente prevede che "non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto con il consenso della persona che può validamente disporne". In buona sostanza non c'è miglior giudice di chi eventualmente subirebbe il danno dalla rivelazione delle notizie da tenere segrete stessa. Occorre al riguardo, peraltro, precisare che a volte l'obbligo del segreto professionale è posto a tutela di un interesse della collettività di cui neanche il paziente può essere arbitro. Il medico, in questi casi, ancorché facoltizzato dal proprio paziente alla rivelazione del segreto rimane titolare della decisione finale di divulgare o meno la notizia secondo il proprio prudente apprezzamento. Il sistema delle deroghe, comunque, attribuisce al medico la valutazione sull'opportunità di svelare il segreto quando sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi. A nostro avviso tale previsione, di carattere molto ampio, è pur sempre applicabile in modo più restrittivo rispetto alla "giusta causa" prevista come deroga dall'art. 622 del c.p.. La deroga di cui trattasi attribuisce al medico la responsabilità di superare l'obbligo del rispetto del segreto quando, a suo giudizio, esistano situazioni estremamente gravi che mettono a repentaglio la salute e la vita dei terzi, ferma restando la preventiva autorizzazione del Garante per la tutela dei dati personali, in relazione anche a quanto già specificato. L'obbligo della non divulgazione del segreto professionale rimane a carico del medico anche dopo la morte del paziente a tutela del diritto alla riservatezza di cui gli eredi sono i depositari secondo le normali regole successorie quali ideali continuatori della personalità dello scomparso. L'ultimo comma dell'articolo in commento affronta una delle problematiche più scot-

tanti del rapporto fra deontologia medica e ordinamento giudiziario. Tale comma prevede, infatti, il divieto per il medico di testimoniare al Giudice su fatti di cui egli sia venuto a conoscenza per ragioni dipendenti dall'esercizio della professione. E' necessario subito ricordare che l'art. 200 cpp riconosce che i medici e gli altri esercenti le professioni sanitarie non hanno l'obbligo di deporre su quanto hanno conosciuto in ragione della loro professione. Si potrebbe quindi sostenere che non esiste un contrasto esplicito fra norma deontologica e norma penale. Bisogna però sottolineare che, innanzi tutto, il segreto professionale trova già una limitazione nell'obbligo di referto (art. 365 c.p.) che sussiste sempre tranne nei casi in cui il referto stesso esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. La giurisprudenza, inoltre, è più volte intervenuta in materia riconoscendo, pur tra qualche contrasto, la possibilità per il giudice di chiedere al medico di testimoniare quando lo stesso giudice ritenga che i fatti di cui il professionista è a conoscenza non siano legati allo svolgimento dell'attività professionale in ragione del suo stato.

Art. 10

Documentazione e tutela dei dati

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

Commento

L'art. 10, che tratta del dovere fondamentale del medico di tutelare e garantire la riservatezza della documentazione in proprio pos-

sempre, tiene conto della nuova disciplina della privacy introdotta con la legge n. 675 del 1996. Già il titolo dell'articolo sottolinea come si intenda tutelare l'ambito dei dati cosiddetti sensibili, ossia di quei dati che riferendosi alla sfera più intima dell'individuo non devono correre il rischio di essere utilizzati in maniera distorta o, comunque, illegittima. È stato volutamente eliminato in questo articolo il riferimento alla diffusione dei bollettini medici, problema che, proprio perché legato alla nuova disciplina in tema di privacy, si è voluto spostare all'articolo successivo, in quanto la situazione è sembrata più aderente a quella ivi descritta.

In quest'articolo si fa specifico riferimento all'obbligo di conservare e custodire la documentazione clinica riguardante i pazienti garantendone la riservatezza. Ovviamente tale documentazione costituisce il supporto necessario per la diagnosi, cura e terapia del malato e pertanto non devono esservi altri interessati oltre al medico o ai medici curanti. Indubbiamente una violazione del rapporto fiduciario che lega il medico al paziente influirebbe in modo negativo anche sulla prestazione professionale in quanto si introdurrebbero degli aspetti di reticenza da parte del malato timoroso di veder resi pubblici fatti e circostanze che preferirebbe mantenere riservati. L'introduzione anche nel campo sanitario dell'informatica rende ancora più delicato questo problema e obbliga il medico a vigilare con particolare attenzione sulla riservatezza delle informazioni di cui entra in possesso. Il medico con il progredire dei tempi sempre più facilmente opera in collaborazione con colleghi o con altre figure professionali (infermieri, tecnici etc.). È, peraltro, innegabile che la pubblicazione di interessanti esperienze medicoscientifiche rappresenta una garanzia fondamentale per il progresso della medicina. Anche in questa situazione si scontrano due interessi confliggenti: quello alla riservatezza del paziente che costituisce l'oggetto della pubblicazione e quello alla divulgazione scientifica dei dati e delle osservazioni ai fini del progresso della scienza medica. In questo caso (si ricordi che l'art. 9 della Cost.

si preoccupa di tutelare la ricerca scientifica e tecnica) prevale il secondo interesse che deve però essere contemperato con il primo. Il medico deve, pertanto, prestare la massima attenzione affinché dai dati e dalle osservazioni non sia possibile l'identificazione dei soggetti curati. Lo stesso principio sussiste con maggior asprezza nei rapporti tra medico e mass media. Molto spesso, infatti, personaggi pubblici rischiano di veder pubblicate o comunque diffuse notizie riguardanti la loro malattia con rilevante danno alla loro sfera di intimità ed anche alla loro dignità personale. È ovvio che il medico, per quanto in suo potere, non può rendersi colpevole di questi comportamenti ed è tenuto anche a vigilare sui propri collaboratori affinché non trapelino notizie che possano danneggiare la riservatezza cui ha diritto anche la persona pubblica.

Art. 11

Comunicazione e diffusione dei dati

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale. Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti. Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Commento

L'articolo sottolinea la responsabilità che vede spesso il medico in prima linea nella trasmissione, comunicazione e diffusione di quanto viene a sua conoscenza, per la qualifica che egli stesso riveste.

Quindi un momento delicato che, con l'art. 11, riceve una tutela specifica.

Viene sottolineato con forza la necessità dell'acquisizione preventiva del consenso sia dell'interessato che, eventualmente, dei legali rappresentanti nel caso si renda necessaria la diffusione di bollettini medici.



L'ORDINE

di TREVISO

Organo di Informazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Treviso

Dott. Brunello Gorini
Presidente

Dott. Michele Bucci
Direttore responsabile

Redazione:

Michele Bucci, Diego Codognotto Capuzzo,
Daniele Frezza, Maurizio Gallucci,
Brunello Gorini, Luigino Guarini, Renzo Malatesta,
Saverio Orazio, Pietro Antonio Parenti

Stampa:

Tipografia Sile
Via Tommaso Salsa, 18 - Carbonera (TV)
Tel. 0422 691911

L'Ordine di Treviso:
Via Risorgimento, 11
31100 Treviso
Tel. 0422 543864 - Fax 0422 541637
e-mail: ordmedtv@iol.it
www.ordinemedicitreviso.org